

Police-Nr.:



MAPFRE

ASSISTANCE

Your life. Our world

MAPFRE ASISTENCIA - Reiseleistung

Johann-Sebastian-Bach-Str.7 • 85591 Vaterstetten

Tel.: 08106/38 09 250 • Fax: 08106/38 09 18

reiseleistung@mapfre.com • www.isa-office.de

ERSTATTUNGSANTRAG FÜR KRANKENKOSTEN *Bitte vollständig ausfüllen!*

Auszufüllen durch den Versicherten:

A Wer hat die Reise gebucht? (Bitte bei Doppelnamen oder mehreren Familiennamen alle Namen angeben!)

Herr	Frau	Name/Vorname
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer		Postleitzahl/Ort
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Telefon (Bitte mit Vorwahl angeben)		E-Mail
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Bankverbindung in Deutschland IBAN		Bankverbindung in Deutschland BIC
<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="E"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

WICHTIG: Ansprüche auf Krankenkosten können nur bearbeitet werden, wenn der Erstattungsantrag vollständig ausgefüllt ist und alle **Originalbelege mit eingereicht werden.**

Sind Sie noch anderweitig gegen Krankenkosten versichert?

Ja Nein

Wenn JA, bei welcher Versicherungsgesellschaft?

Unter welcher Versicherungsnummer?

Erhalten Sie eine Vergütung für Krankenkosten im Ausland von Ihrer deutschen Versicherung?

Ja (Wenn ja, fügen Sie bitte die Belege des Bescheides bei) Nein (Wenn nein, bitte schriftliche Abweisung beifügen)

In welcher Höhe machen Sie bei MAPFRE ASSISTANCE Krankenkosten geltend? (Bitte **Originalbelege** beifügen!)

Betrag in Euro (€)

In Worten

Auszufüllen durch den behandelnden Arzt (to be filled in by the responsible doctor):

Wann haben Sie die Krankheit festgestellt? (When did you diagnose the illness?)

Diagnose (Diagnosis)

Symptome (Symptoms)

Wie lange war der Patient in Behandlung? (For how long was the patient treated?)

Vom (TT/MM/JJJJ) - From (DD/MM/YYYY)

Bis (TT/MM/JJJJ) - To (DD/MM/YYYY)

Sind Ihnen Vorerkrankungen im Zusammenhang mit der Krankheit bekannt? (Previous Medical History: has the patient suffered from the same illness before?)

Nein / No Ja / Yes

Wenn JA, welcher Art war diese Vorerkrankung? (What type of pre-existing illness / condition?)

Ort/Datum/Unterschrift des Arztes
(place, date and signature of the responsible doctor)

Stempel des Arztes
(Stamp of the responsible doctor)

Ort/Datum/Unterschrift des Versicherten

Fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag Ihre Versicherungspolice oder eine Kopie davon bei!