

Police-Nr.:



MAPFRE

ASSISTANCE

Your life. Our world

MAPFRE ASISTENCIA Compañía Internacional
de Seguros y Reaseguros S.A
Carretera de Pozuelo nº 52, 28222,
Majadahonda, Spanien
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"/>
Zeitweilige Adresse im Ausland		Telefon/Handy im Ausland
<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?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Wenn JA, bei welcher Versicherungsgesellschaft?	Unter welcher Versicherungsnummer?
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

<input type="checkbox"/>	Ja (Wenn ja, fügen Sie bitte die Belege des Bescheides bei)	<input type="checkbox"/>	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
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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)
	<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"/>

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

<input type="checkbox"/>	Nein / No	<input type="checkbox"/>	Ja / Yes	Wenn JA, welcher Art war diese Vorerkrankung? (What type of pre-existing illness / condition?)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>

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!