

Schadenanzeige Heilkosten		Polizzenummer:	
		Schadennummer:	
1. Angaben zur betroffenen Person (Bitte vollständig ausfüllen!)			
Name und Vorname			
Straße		Postleitzahl/Ort	
Besitzen Sie eine Kreditkarte mit inkludierter Reiseversicherung? <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> andere _____		Kreditkarten-Nummer (die ersten 12 Ziffern) -----	
Sind Sie Inhaber einer weiteren Stornoversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Welche Versicherung?	
2. Angaben zu Erkrankung/Unfall (Bitte vollständig ausfüllen!)			
Reisedatum dd/mm/yy		Aufenthaltsland zur Zeit der Erkrankung/Unfall	
Welche Diagnose wurde gestellt?			
Bestanden bei Reiseantritt Krankheiten? Wenn ja, welche?			
Wann bemerkten Sie erstmals Anzeichen der Krankheit, zu welcher Kosten geltend gemacht werden?			
Höhe der entstandenen Kosten?	In welcher Währung wurde bezahlt?	Zahlungsart <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Kreditkarte <input type="checkbox"/>	
3. Abtretungserklärung (Bitte vollständig ausfüllen!) Dieser Beleg dient zur Einrichtung bei der gesetzlichen Sozialversicherung.			
Ich bin sozialversichert bei Name, Adresse _____ mit der Sozialversicherungsnummer _____ und trete sämtliche Forderungen gegenüber meiner Sozialversicherung für den oben genannten Vorfall an AGA International S.A., Pottendorfer Straße 25-27, 1120 Wien, ab. Außerdem bevollmächtige ich hiermit die Sozialversicherung, diverse Auskünfte an die AGA International S.A. weiterzugeben, welche die Leistungsauszahlung in diesem Fall betreffen.			
_____ Ort, Datum Unterschrift der/des Versicherten			

Wir erlauben uns darauf hinzuweisen, dass etwaige Refundierungen auf Ihr Konto durch die Sozialversicherung der AGA International S.A. zustehen und auf das nachstehend angeführte Bankkonto weiterzuleiten sind. Bereits durchgeführte Vergütungen in Zusammenhang mit dem oben beschriebenen Vorfall sind ebenfalls davon betroffen. Bankverbindung: BA-CA Kto. 0040-04545/00 - BLZ 12000 - IBAN: AT40 1100 0004 0045 4500 - SWIFT: BKAUATWW)

4. Der Auszahlungsbetrag soll angewiesen werden an		
IBAN	BIC	Kontoinhaber
Adresse des Kontoinhabers		
Ort, Datum	Unterschrift	
5. Für eine vollständige Schadenbearbeitung fügen Sie bitte nachstehende Dokumente bei:		
<input checked="" type="checkbox"/> Versicherungsnachweis		
<input checked="" type="checkbox"/> Buchungsbestätigung		
<input checked="" type="checkbox"/> Originalrechnungen für Medikamente, Arztbesuche (unter Angabe von Krankheitsbezeichnung und Art der Behandlung)		
<input checked="" type="checkbox"/> Bitte legen Sie bei mehreren Rechnungen eine genaue Kostenaufstellung bei (Währung/Betrag)		
<input checked="" type="checkbox"/> Falls Sie Ihre Belege bereits bei der Sozialversicherung eingereicht haben, bitte um den Auszahlungsbeleg der Sozialversicherung sowie Kopien der Originalrechnungen für Medikamente, Arztbesuche (unter Angabe von Krankheitsbezeichnung und Art der Behandlung)		