

# Fragebogen zur Auslandsreise-Krankenversicherung

**Bitte zurücksenden an:**

Union Reiseversicherung AG  
Reiseservice  
66087 Saarbrücken

Versicherungs-Nr.

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

## A Allgemeine Angaben

### 1. Zur Person

Bitte geben Sie Ihren kompletten Namen mit vollständiger Adresse an:

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Telefon (tagsüber)

E-Mail-Adresse

### 2. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?

Tätigkeit

Wo befindet sich Ihre Arbeitsstätte?

Name der  
Arbeitsstätte

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

## B Angaben zu Ihrer Reise

### 1. Wann sind Sie in das Urlaubsland eingereist?

Reisebeginn

Bitte fügen Sie einen Nachweis bei!

### 2. Bitte geben Sie Namen und Anschrift Ihrer Unterkunft im Ausland an?

Name der Unterkunft

Straße/Hausnummer

PLZ, Ort

Land

Union Reiseversicherung Reiseservice; 66087 Saarbrücken; Tel.: 06 81 - 8 44 75 55; Fax: 06 81 - 8 44 11 14; E-Mail: schaden@urv.de

## C Angaben zur Zahlung

### 1. In welcher Währung wurden Ihre Rechnungen beglichen?

 Währung
 

### 2. Wie wurden die Rechnungen bezahlt?

 Bar
  
  Kreditkarte
  
  Lastschrift
  
  Überweisung
  
  Sonstige
 

Gegebenenfalls Kreditkartenabrechnung beifügen!

## D Angaben zu weiteren Versicherungen

### 1. Bei welcher Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung sind Sie krankenversichert?

Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift des Unternehmens sowie Ihre Versicherungsnummer an!

 Name der  
Krankenversicherung
 

 Straße/Hausnummer
 

 PLZ/Wohnort
 

 Versicherungsnummer
 

### 2. Besteht eine weitere Krankenversicherung mit Auslandsreise-Krankenschutz?

 Nein
  
  Ja

Wenn ja, bitte geben Sie den Namen und die Anschrift des Unternehmens sowie Ihre Versicherungsnummer an!

 Name der  
Krankenversicherung
 

 Straße/Hausnummer
 

 PLZ/Wohnort
 

 Versicherungsnummer
 

## E Angaben zur Nachbehandlung

### 1. Bei welchem Arzt waren Sie nach der Rückkehr von Ihrer Reise zur Nachbehandlung?

Bitte geben Sie den Namen und die genaue Anschrift an und schicken Sie uns artzliches Attest über die weitere Therapie!

 Name der  
Krankenversicherung
 

 Straße/Hausnummer
 

 PLZ/Wohnort

## F Einwilligungserklärung

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen erfolgt. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass unwahre und unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruches führen können, auch wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht.

### 1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht.

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Union Reiseversicherung/Union Krankenversicherung die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen, z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Union Reiseversicherung/Union Krankenversicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich der Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die Union Reiseversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Union Reiseversicherung/Union Krankenversicherung übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Union Reiseversicherung/Union Krankenversicherung an diese Stellen weitergegeben werden und befreie insoweit auch die für die Union Reiseversicherung/Union Krankenversicherung tätigen Personen von Ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

#### Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die Union Reiseversicherung/Union Krankenversicherung informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Union Reiseversicherung/Union Krankenversicherung einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Union Reiseversicherung/Union Krankenversicherung einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann. Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Union Reiseversicherung/Union Krankenversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Ort, Datum und Unterschrift (bei Minderjährigen die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)