

SCHADENFORMULAR HEILUNGSKOSTEN

Vertragsnummer/Versicherungsnehmer

1. Angaben zur versicherten Person

Name	Vorname
Adresse	
Postfach	Ort
Telefonnummer	Mobiltelefon
E-Mail	

2. Angaben zur Krankenversicherung

Name der (obligatorischen) Krankenversicherung	
Adresse	
Policen Nr.	
Haben Sie eine Rückerstattung bei der Krankenversicherung beantragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wurde Ihr Antrag akzeptiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Betrag der akzeptierten Rückerstattung:	
<i>Wenn Ja bitte legen Sie eine Kopie der Überweisung bei / Wenn Nein bitte legen Sie eine Kopie des Ablehnungsschreibens bei</i>	
<input type="checkbox"/> Ich verfüge über keine Krankenversicherung	

3. Informationen zur Schadenanzeige

Grund der Konsultation	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Zahnarzt
Beschreibung			

4. Angaben zum Patienten

Name

Vorname

Geburtsdatum

5. Angaben zur Reise

Reisedestination

Reisedaten von bis

Reiseroute von bis

6. Ihr Rückerstattungs-Antrag

Hiermit lege ich die folgenden Belege als Grundlage für die Rückerstattung bei:

Beleg Beschreibung	Datum der Leistung	Betrag	Währung

Ich wünsche die Rückerstattung in folgender Währung/

Wir bitten Sie, zur Kenntnis zu nehmen, dass die Währungsumrechnung nach dem «OANDA Currency Converter» erfolgt.

Sollten Sie Ihre medizinischen Behandlungen mit einer Kreditkarte bezahlt haben, so können wir eine allfällige Rückerstattung ebenfalls über ihr Kreditkarten-Konto vornehmen.

Beachten Sie bitte, dass diese Vorgehensweise nur möglich ist, wenn Sie uns die entsprechenden Belege bereits zusammen mit dem Einreichen des Schadenformulars zukommen lassen.

7. Bankverbindung für die Rückerstattung

Name und Vorname des Kontoinhabers (so wie bei der Bank registriert)

Adresse des Kontoinhabers (so wie bei der Bank registriert)

Name und Adresse der Bank

IBAN (obligatorisch)

SWIFT / BIC

Kontonummer (wenn IBAN im entsprechenden Land nicht verfügbar ist)

8. Legen Sie bitte die folgenden Dokumente / Belege Ihrer Schadenanzeige bei

- Vollständiger Arztbericht (Medical Report)
- Original Rechnung(en)
- Kopie Ihrer Krankenversicherungs-Police

9. Erklärung: Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen. Ich bin mir bewusst, dass die Versicherungsdeckung abgelehnt werden kann bei falschen, unvollständigen oder widersprüchlichen Angaben, auch wenn diese dem Versicherer keinen Schaden zufügen. Ich ermächtige die TSM Versicherung-Gesellschaft ausdrücklich, falls notwendig für die Schadenbearbeitung, bei Drittpersonen (Ärzte, Versicherungsgesellschaften, etc.) jegliche nützlichen Informationen einzuholen oder zu übermitteln.

Ort, Datum

Unterschrift