

Bitte ausgefüllt versenden an:

**Schadenregulierungsstelle Roland Assistance GmbH, Deutz-Kalker Str. 46, 50664 Köln**

<b>Allgemeine Angaben des Versicherungsnehmers</b>	Vorname, Name	Geburtsdatum	Versich.-Nr.
	Straße / Haus-Nr.	ausgeübter Beruf	Schaden-Nr.
	PLZ / Wohnort	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig	Telefon (privat)
	Telefon (tagsüber erreichbar)	eMail-Adresse	
<b>Allgemeine Angaben zur betroffenen Person</b>	Vorname, Name	Geburtsdatum	ausgeübter Beruf
	Reiseland	Reisedauer von bis	
	<b>Bitte beachten Sie</b> , dass bei Behandlungsrechnungen aus Europa zunächst die Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung zu klären ist.		
	Um welche Krankheit (Diagnose) handelt es sich?	Seit wann bestehen diese Beschwerden?	Wann wurden diese erstmals behandelt?
<b>Angaben zum Schaden</b>	Handelte es sich um einen Unfall? Wenn ja, schildern Sie bitte kurz den Hergang. ..... ..... .....		
	Unfallort ..... / Unfalldatum, Uhrzeit .....		
	Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? Wenn ja, Aktenzeichen der Polizei .....		
	Lag Fremdverschulden vor? Wenn ja, bitte Vorname, Name und Anschrift des Schädigers eintragen .....		
	Wurde eine Blutalkoholprobe beim Schädiger entnommen? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ergebnis ..... 0/00		
	Hat die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke zu sich genommen? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Art und Menge .....		
	Ist der Unfall auf eine vorher eingetretene Bewusstseinsstörung (z.B. Ohnmacht, Schwindelanfall usw.) zurückzuführen? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> und zwar .....		
	Besteht oder bestand bei der versicherten Person eine ernste Erkrankung oder ein Gebrechen? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> und zwar .....		
	Besteht Arbeitsunfähigkeit? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> voraussichtlich Dauer ..... Wochen		
	Name und Anschrift Ihres Hausarztes .....		
<b>Weitere Angaben</b>	Bestehen weitere Auslandsreise-Krankenversicherungen oder Unfallversicherungen? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> und zwar .....		
	Wurde der Versicherungsfall auch bei anderen Gesellschaften gemeldet? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> und zwar .....		

	Bei welcher Gesellschaft sind Sie gesetzlich oder privat krankenversichert? .....	
<b>Bankverbindung</b>	Konto-Nr.	Kontoinhaber (Vorname, Name)
	Bankleitzahl	Geldinstitut (Name und Ort)
<b>Obliegenheiten und Unterschrift</b>	<p>Alle vorstehenden Fragen wurden <b>wahrheitsgemäß und vollständig</b> beantwortet. <b>Für die Richtigkeit übernehme ich</b> als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter <b>die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter (z. B. Vermittler) diese Anzeige für mich ausgefüllt hat. Mir ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben oder die Nichtvorlage angeforderter schadens-/leistungsrelevanter Unterlagen</b> zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen können, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben. Bei <b>grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachten Angaben oder grob fahrlässig unterbliebener Vorlage der Unterlagen</b> kann die Versicherungsleistung entsprechend der Schwere meines Verschuldens <b>gekürzt</b> werden. <b>Dies ist nicht der Fall, wenn ich nachweisen kann, dass ich nicht grob fahrlässig gehandelt habe.</b></p> <p>.....  Ort / Datum / Unterschrift des Versicherungsnehmer</p>	