

AGA International S.A.
 Niederlassung für Deutschland
 Schadenabteilung mawista Student
 Bahnhofstraße 16
 85609 Aschheim bei München

WICHTIGER HINWEIS:

Der Versicherer AGA International S.A. kann Ihre Rechnungen schneller bearbeiten, wenn Sie

- künftig immer diesen Vordruck verwenden
- grundsätzlich die Originalbelege schicken
- darauf achten, dass auf jeder Rechnung die Diagnose vermerkt ist
- Medikamentenbelege sowie Heil- / Hilfsverordnungen zusammen mit der ärztlichen Verordnung und der Arztrechnung einreichen

Antrag auf Kostenerstattung

Versicherungsschein-Nr.

▶ Bitte unbedingt angeben!

<p>1. Angaben zu Ihrer Person:</p> <p><input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="text"/> Vorname(n)</p> <p><input type="text"/> Straße</p> <p><input type="text"/> PLZ / Ort</p> <p><input type="text"/> Telefon tagsüber</p>		<p>▶ Bitte geben Sie bei Doppelnamen oder mehreren Familiennamen alle Namen an!</p> <p><input type="text"/> Name(n)</p> <p><input type="text"/> Nummer / Adresszusatz</p> <p><input type="text"/> Aufenthaltsland</p> <p><input type="text"/> E-Mail</p>	
<p>2. Angaben zu den entstandenen Kosten:</p> <p>Ich reiche Belege ein für <input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlung</p> <p>In welcher Währung wurden die Rechnungen bezahlt? <input checked="" type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> andere Währung</p>		<p>▶ Bitte reichen Sie Rechnungen, Quittungen und ärztliche Verordnungen im Original ein!</p> <p><input type="text"/> Währungsbezeichnung</p>	
<p>Bitte geben Sie hier alle Rechnungen an:</p> <p><input type="text"/> Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller</p> <p><input type="text"/> Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller</p> <p><input type="text"/> Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller</p> <p><input type="text"/> Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller</p>		<p><input type="text"/> Rechnungsbetrag</p> <p><input type="text"/> Rechnungsbetrag</p> <p><input type="text"/> Rechnungsbetrag</p> <p><input type="text"/> Rechnungsbetrag</p>	
		<p>Gesamtbetrag</p>	

3. Angaben zum Krankheitsverlauf oder Unfallgeschehen:

Bitte reichen Sie bei Krankheit den Arzt- bzw. Befundbericht, bei einem Unfall zusätzlich den Unfallbericht (sofern vorhanden) in Kopie ein.

Schildern Sie bitte mit eigenen Worten den Beginn der Beschwerden und den weiteren Verlauf, bei Unfall den Unfallhergang:

▶ Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.

Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?

am | | | | | | | | | |

um | | : | | | | | Uhr

Wie lautete die vom Arzt gestellte Diagnose?

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Wurden Sie stationär behandelt?

Nein

Ja

vom | | | | | | | | | |

bis | | | | | | | | | |

Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

▶ Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei!

Ging der stationären Behandlung eine ambulante Behandlung voraus?

Nein

Ja

Wurden Sie aufgrund dieser Erkrankung schon einmal vor Ihrem Aufenthalt behandelt?

Nein

Ja

Falls Ja, Name und Anschrift des behandelnden Arztes

4. Angaben zu weiteren Versicherungsverträgen:

Besteht eine weitere Krankenversicherung für das Aufenthaltsland?

Nein

Ja

Falls Ja, Name der Versicherung

Versicherungsschein-Nr.

Anschrift der Versicherung

5. Bankverbindung:

Die Erstattung bitte ich zu zahlen an:

Name des Kontoinhabers:

Anderer Empfänger: | | | | | | | | | |

wie 1. Empfänger:

Vorname

| | | | | | | | | |

Name

| | | | | | | | | |

Kontonummer

| | | | | | | | | |

Bankleitzahl

| | | | | | | | | |

Kreditinstitut

Bei Auslandsüberweisungen bitte zusätzlich angeben:

| | | | | | | | | |

IBAN

| | | | | | | | | |

Swift- / BIC-Code

Ich versichere, dass vorstehende Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich habe davon Kenntnis, dass arglistig getätigte unwahre und unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruchs führen, auch wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Meine Forderungen aus diesem Schaden gegen die gesetzliche oder private Krankenversicherung trete ich bis zur Höhe des gezahlten Betrages an den Versicherer AGA International S.A., Bahnhofstraße 16, D - 85609 Aschheim bei München ab.

| | | | | | | | | |

Ort / Datum

| | | | | | | | | |

Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!)