

Police-Nr.:



MAPFRE

ASSISTANCE

Your life. Our world

MAPFRE ASISTENCIA - Reiseleistung

Johann-Sebastian-Bach-Str.7 • 85591 Vaterstetten

Tel.: 08106/38 09 250 • Fax: 08106/38 09 18

reiseleistung@mapfre.com • www.isa-office.de

ERSTATTUNGSANTRAG FÜR KRANKENKOSTEN *Bitte vollständig ausfüllen!*

Auszufüllen durch den Versicherten:

A Wer hat die Reise gebucht? (Bitte bei Doppelnamen oder mehreren Familiennamen alle Namen angeben!)

Herr	Frau	Name/Vorname
☐	☐	
Straße/Hausnummer		Postleitzahl/Ort
Telefon (Bitte mit Vorwahl angeben)		E-Mail
Zeitweilige Adresse im Ausland		Telefon/Handy im Ausland

WICHTIG: Ansprüche auf Krankenkosten können nur bearbeitet werden, wenn der Erstattungsantrag vollständig ausgefüllt ist und alle **Originalbelege mit eingereicht werden.**

Sind Sie noch anderweitig gegen Krankenkosten versichert?

☐ Ja	☐ Nein	Wenn JA, bei welcher Versicherungsgesellschaft?	Unter welcher Versicherungsnummer?

Erhalten Sie eine Vergütung für Krankenkosten im Ausland von Ihrer deutschen Versicherung?

☐ Ja (Wenn ja, fügen Sie bitte die Belege des Bescheides bei)	☐ Nein (Wenn nein, bitte schriftliche Abweisung beifügen)
--	--

In welcher Höhe machen Sie bei MAPFRE ASSISTANCE Krankenkosten geltend? (Bitte **Originalbelege** beifügen!)

Betrag in Euro (€)	In Worten

Auszufüllen durch den behandelnden Arzt (to be filled in by the responsible doctor):

Wann haben Sie die Krankheit festgestellt? (When did you diagnose the illness?)

Diagnose (Diagnosis)

Symptome (Symptoms)

Wie lange war der Patient in Behandlung? (For how long was the patient treated ?)	Vom (TT/MM/JJJJ) - From (DD/MM/YYYY)	Bis (TT/MM/JJJJ) - To (DD/MM/YYYY)
Sind Ihnen Vorerkrankungen im Zusammenhang mit der Krankheit bekannt? (Previous Medical History: has the patient suffered from the same illness before?)	Wenn JA, welcher Art war diese Vorerkrankung? (What type of pre-existing illness / condition?)	
☐ Nein / No	☐ Ja / Yes	

Ort/Datum/Unterschrift des Arztes
(place, date and signature of the responsible doctor)

Stempel des Arztes
(Stamp of the responsible doctor)

Ort/Datum/Unterschrift des Versicherten

Fügen Sie Ihrem Erstattungsantrag Ihre Versicherungspolice oder eine Kopie davon bei!