

**Antrag auf Erstattung von
Behandlungskosten**

Versicherungsschutz besteht im Rahmen des
nachstehend aufgeführten
Kollektivversicherungsvertrages (Dauer des
Auslandsaufenthaltes bis maximal 4 Monate):

**Application for refund of medical
treatment expenses**

Insurance cover is provided under the
following Group Insurance Contract (period of
stay abroad not exceeding 4 months):

GR _____

mit / with _____

Sehr geehrte EUROPA-Kundin,
sehr geehrter EUROPA-Kunde,

Sie können uns die Bearbeitung Ihrer
Leistungsanträge erleichtern und den
Erstattungsvorgang beschleunigen.

Bitte füllen Sie einfach den beiliegenden
Vordruck aus, wenn Sie Ihre Ansprüche
anmelden. Beachten Sie dabei bitte folgende
Punkte; dadurch werden Unklarheiten und
Rückfragen weitgehend vermieden:

1. Reichen Sie bitte nur Originalbelege ein.
Diese müssen folgende Angaben enthalten:
 - Name und Vorname der behandelten
Person,
 - Behandlungsdaten,
 - Art der ärztlichen oder zahnärztlichen
Verrichtung,
 - genaue Krankheitsbezeichnung
(Diagnosen).

Falls auf ausländischen Belegen einzelne
Angaben fehlen und nicht erhältlich sind,
nehmen Sie bitte selbst entsprechende
Ergänzungen vor. Angaben wie zum Beispiel
Untersuchung, Labor und/oder Medikamente
reichen zur Beurteilung des
Leistungsanspruches nicht aus.

2. Sofern nur Duplikate vorgelegt werden
können, weil die Originale einer anderen
Stelle eingereicht wurden, lassen Sie bitte
von dieser Stelle auf jedem Beleg einen
Leistungsvermerk anbringen oder fügen Sie
die dazugehörige spezifizierte Abrechnung
bei.
3. Legen Sie Arznei-, Heil- und
Hilfsmittelrechnungen bitte immer mit der
ärztlichen Verordnung vor. Sofern im

Dear EUROPA customer,

You can help us process your benefit application
and speed up the refund process.

When you register your benefits, please
complete the enclosed form. Please observe the
following points to avoid uncertainties and further
inquiries as far as possible:

1. Please submit only original vouchers and
documents. These must contain the following
information:
 - Last name and first name of the person
receiving treatment,
 - Treatment data,
 - Type of the medical or dental work
completed,
 - Exact name of the disease (diagnoses).

If documents issued abroad do not contain all
information or the information cannot be
obtained, please enter the required
information yourself. Entries such as
checkup, laboratory and/or medical
preparation are not sufficient for assessing
whether benefit can be granted.

2. If only copies are available because the
originals were submitted elsewhere, please
request the body that receives the original
document or voucher to enter the benefit
granted or enclose a respective itemized
account.
3. Please always submit invoices for drugs,
remedies and aids together with the medical
prescription. If you have bought a drug

Einzelfall eine nicht verordnete Arznei gekauft wurde, vermerken Sie bitte die Bezeichnung des Mittels und für wen und wegen welcher Krankheit es bezogen wurde.

4. Beträge in ausländischer Währung werden zum Kurs des Tages umgerechnet, an dem die Rechnung beim Versicherer eingehen.
5. Informieren Sie uns bitte bei Verletzungen über den Unfallhergang und die Schuldfrage, damit wir eventuelle Regressansprüche bei Dritten rechtzeitig geltend machen können.
6. Besteht Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, sind nur die Aufwendungen versichert, die nach Vorleistung dieser anderweitigen Versicherungsträger notwendig bleiben.
7. Bitte reichen Sie Krankheitskostenbelege stets mit entsprechend ausgefülltem Erstattungsantrag zusammen mit der von Ihrem Arbeitgeber ausgefüllten Dienstreisebescheinigung ein.

Bitte beachten Sie: Eine Kostenerstattung dürfen wir nur vornehmen, sofern uns eine Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie eine Schweigepflichtentbindungserklärung von der behandelten Person vorliegt.

Bei Rückfragen erreichen Sie uns Mo.-Fr. in der Zeit von 8.00 – 19.00 Uhr unter
Telefon: 0221 / 57 37 797
Telefax: 0221 / 57 37 382
E-Mail: svkl3@europa.de

Bitte senden Sie uns Teil 1 (Seiten 1-7) vollständig ausgefüllt und unterschreiben inklusive der Originalrechnungen per Post an:

**EUROPA Versicherung AG
Sonderverträge Kranken
50595 Köln**

Vielen Dank im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre EUROPA Versicherung AG

without medical prescription, please enter the name of the drug and for whom and for what disease you bought it.

4. Expenses incurred in foreign currency will be converted into Euro currency at the rate applicable on the date of receipt of the documents in question by the insurer.
5. Please inform us about the details of the accident and who is guilty to enable us to raise claims for compensation on third parties in time.
6. If benefits under the statutory accident and old-age pension insurance, statutory medical care or accident compensation can be claimed, the insurance covers only the expenses that remain after that other insurer has provided benefit.
7. Please submit disease cost vouchers always together with a completed refund application form and the business trip certificate issued by your employer.

Please note: We are permitted to refund cost only if we have a permission that we can process and use health data and the disclosure consent by the treated person.

If you have questions, you can contact us from 8 a.m. to 7 p.m. from Monday to Friday at:
Telephone No.: +49 (0)221 / 57 37 797
Facsimile: +49 (0)221 / 57 37 382
e-mail: svkl3@europa.de

Please send the part 1 (pages 1-7 completely filled out and signed adding the original bills by post to:

**EUROPA Versicherung AG
Sonderverträge Kranken
50595 Köln**

Thank you very much in advance,

Sincerely,
EUROPA Versicherung AG

**Antrag auf Erstattung von Behandlungskosten Application
for refund of medical treatment expenses**

GR _____

mit / with _____

**Angaben zur hauptversicherten Person:
Principal insured person:**

--	--

Name und Vorname der/des Hauptversicherten
Last name and first name of the principal insured person

--	--

Geburtsdatum der/des Hauptversicherten
Date of birth of the principal insured person

Personal-Nummer
HR ID

--	--

Anschrift in Deutschland (Heimatland)
Address in Germany (home country)

--	--

Anschrift in Einsatzland
Address in host country

--	--

Telefon-Nummer, privat (freiwillige Angabe)
Tel. No. (private) (Voluntary information)

Telefon-Nummer.* dienstlich (freiwillige Angabe)
Tel. No.* (office) (Voluntary information)

--	--

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe, weitere Hinweise und Erklärungen hierzu finden Sie auf der nächsten Seite)
e-mail address (Voluntary information, for more details and explanations, see next page)

**Angaben zur mitversicherten Person, für die ebenfalls eine Erstattung von angefallen
Behandlungskosten beantragt wird**

Co-insured person for which refund of accrued cost is also applied

--	--

Name , Vorname und Geburtsdatum der mitversicherten Person 1
Last name and first name of the Co-insured person 1

--	--

Name , Vorname und Geburtsdatum der mitversicherten Person 2
Last name and first name of the Co-insured person 2

--	--

Name , Vorname und Geburtsdatum der mitversicherten Person 3
Last name and first name of the Co-insured person 3

--	--

GR _____

mit / with _____

**Während des Auslandsaufenthaltes sind folgende Kosten angefallen.
The following cost was accrued during the stay in the host country.**

behandelte Person(en)	Diagnose (Krankheitsbezeichnung) Angaben wie z.B. Untersuchung und Medikament reichen nicht aus	Behandlungs-Datum	Währung und Währungsbetrag	Bemerkung
Person(s) receiving treatment	Diagnosis (name of the disease) Entries such as check-up or drugs are not sufficient	Treatment date	Currency and currency amount	Comment

**Die Leistungsauszahlung soll erfolgen an:
The benefit should be paid to:**

den Rechnungsaussteller
 The party issuing the invoice

die versicherte Person
 The insured person

andere: _____

Kontoverbindung / Account data

Geldinstitut / Financial institution	Kontoinhaber / Account holder
IBAN (Konto-Nr.) / IBAN (account number)	BIC (Bankleitzahl) / BIC (bank code)

**Anlage zum Antrag auf Erstattung von Behandlungskosten
Vom Arbeitgeber, entsendende Institution oder Gastgeber eines ausländischen Besuchers
auszufüllen.**

**Annex to the application for refund of medical treatment expenses
To be completed by the employer, the deploying institution or the host of a visitor from
abroad.**

GR: _____

Name der Firma: _____

**Hiermit bestätigen wir, dass die nachstehend genannte
Person in unserem Auftrag/aufgrund unserer
Veranlassung im Ausland aufgehalten hat.**

**This is to confirm that the person whose name
appears below stays abroad on our behalf / following
arrangements made by us.**

Name/Last Name	Vorname/first name
Geburtsdatum/DOB	Beginn und Ende des Auslandsaufenthaltes Start and End dates of the stay in the host country
Heimatland Home country	Ausreiseland (Land aus dem der Auslandsaufenthalt aus angetreten wurde) Departure country (country from which the stay in the host country was started)

**Für folgende mitreisende Familienangehörige bestand
ebenfalls Versicherungsschutz im Rahmen des
vereinbarten Kollektivversicherungsvertrages. Die Meldung
der Reisetage wurde von uns entsprechend berücksichtigt.**

**The following accompanying family members were co-
insured under the agreed group insurance contract. The
reported days of travel have been considered by us.**

Name, Vorname und Geburtsdatum der mitversicherten Person 1 Last name, first name and DOB of the co-insured person 1		
Name, Vorname und Geburtsdatum der mitversicherten Person 2 Last name, first name and DOB of the co-insured person 2		
Name, Vorname und Geburtsdatum der mitversicherten Person 3 Last name, first name and DOB of the co-insured person 3		
Name, Vorname und Geburtsdatum der mitversicherten Person 4 Last name, first name and DOB of the co-insured person 4		
Ort, Datum Place, date	Unterschrift des Arbeitgebers / Vorgesetzten Signature of employer / supervisor	Stempel des Arbeitgebers Employer's stamp

Teil 1	Part 1
<p>Datenschutzhinweise bei Abschluss des Versicherungsvertrages/Anmeldung zum Kollektivversicherungsvertrag</p> <p>sowie</p> <p>Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung.</p>	<p>Privacy policy when concluding the insurance contract / Enrolling for the group insurance contract</p> <p>As well as</p> <p>Consent to the processing of medical data and release from the duty to confidentiality</p>

Angaben zur versicherten Person*	Details on the insured person*
Vertrags-Nr. GR _____	Contract No. GR _____
Vor- und Zuname / First and last name	Geburtsdatum / Date of birth
Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort / Street, street no., Postal code, town	E-Mail / email
<small>* Bitte beachten Sie: Dieser Vordruck muss von jeder Person, die das 16. Lebensjahr vollendet hat, ausgefüllt und unterschrieben werden.</small>	<small>* Please note that this form is to be completed and signed by all persons aged 16 and over.</small>

<p>Mit meiner Unterschrift willige ich in die nachfolgenden Einwilligungstatbestände ein.</p>	<p>I grant my consent to the following with my signature.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

• **Datenschutzhinweise bei Abschluss des Versicherungsvertrages / Anmeldung zum Kollektivversicherungsvertrag**

1. Allgemeines
2. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung / Kontakt zum Datenschutzbeauftragten
3. Zweck und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung
4. Kategorien und Einzelne Stellen von Empfängern der personenbezogenen Daten
 - 4.1. Spezialisierte Unternehmen der Unternehmensgruppe
 - 4.2. Externe Dienstleister
 - 4.3. Weitere Empfänger
 - 4.4. Vermittler
 - 4.5. Datenaustausch mit Versicherern
 - 4.6. Rückversicherer
 - 4.7. Bonitätsauskunft zur Wahrung berechtigter Interessen
 - 4.8. Adressaktualisierung
5. Automatisierte Einzelfallentscheidungen
6. Datenübermittlung in ein Drittland
7. Dauer der Speicherung Ihrer Daten
8. Betroffenenrechte
9. Aktualisierung der Datenschutzhinweise

Privacy policy when concluding the insurance contract / Enrolling for the group insurance contract

1. General information
2. Person responsible for data processing / Contacting the data protection officer
3. Purpose and legal basis of data processing
4. Categories and individual bodies of recipients of personal data
 - 4.1. Specialized companies of the company group
 - 4.2. External service providers
 - 4.3. Further recipients
 - 4.4. Agents and brokers
 - 4.5. Data exchange with insurers
 - 4.6. Reinsurers
 - 4.7. Credit assessment to protect legitimate interests
 - 4.8. Address update
5. Automated case-by-case decisions
6. Data transfer to a third country
7. Duration of storage of your data
8. Rights of the party concerned
9. Update of the data protection information

- **Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung**
 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Europa Versicherung AG
 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht
 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Europa Versicherung AG
 - 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
 - 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
 - 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen
 - 3.4. Datenweitergabe an selbständige Vermittler
 - 3.5. Datenweitergabe an selbständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung

- **Einwilligung zur Datenübermittlung per E-Mail**

- **Informationen zum Datenschutz bei Beantragung des Versicherungsschutzes über das Expat-Desk**

- **Dienstleister- und Auftraggeberliste**

Nähere Informationen zu oben aufgeführten Datenschutzhinweisen und Einwilligungstatbeständen finden Sie auf nachfolgenden Seiten.

- **Consent to the processing of medical data and release from the duty to confidentiality**

1. Collection, saving, and use by Europa Versicherung AG of medical data provided by you
2. Request for medical data from third parties for checking the liability
3. Forwarding your medical data and other data protected by Sec. 203 StGB to bodies other than Europa Versicherung AG
 - 3.1. Forwarding of data for medical assessment
 - 3.2. Transfer of tasks to other bodies (companies or persons)
 - 3.3. Forwarding of data to reinsurers
 - 3.4. Forwarding of data to independent brokers or agents
 - 3.5. Data forwarding to independent acquisition brokers or agents once their responsibility ends

- **Consent to data transmission via email**

- **Information on data protection when applying for insurance cover via the Expat-Desk**

- **Service providers and contractors**

You may find additional information about the above-mentioned privacy policy and the facts concerning the consent on the following pages.

Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Erklärungen zum Inhalt Ihres Erstattungsantrages.

With your signature you make declarations regarding the contents of the reimbursement application.

Ort, Datum und Unterschrift der hauptversicherten Person
Place, date and signature of the principal insured person

X

Ort, Datum und Unterschrift der mitversicherten Person 2 (ab 16 Jahre), ggf. gesetzlicher Vertreter
Place, date and signature of the co-insured person 2 (16 years or older), or legal representative, where applicable

X

Ort, Datum und Unterschrift der mitversicherten Person 3 (ab 16 Jahre), ggf. gesetzlicher Vertreter
Place, date and signature of the co-insured person 3 (16 years or older), or legal representative, where applicable

X

Ort, Datum und Unterschrift der mitversicherten Person 4 (ab 16 Jahre), ggf. gesetzlicher Vertreter
Place, date and signature of the co-insured person 4 (16 years or older), or legal representative, where applicable

X