

**Antrag auf Erstattung von
Behandlungskosten**
Versicherungsschutz besteht im Rahmen des
nachstehend aufgeführten
Gruppenversicherungsvertrages

GR _____

mit / with _____

**Application for refund of medical
treatment expenses**
Insurance cover is provided under the
following Group Insurance Contract

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

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

4. Die in einer Fremdwahrung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
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 Versicherungstrager notwendig bleiben.
7. Bitte reichen Sie Krankheitskostenbelege stets mit entsprechend ausgeflltem Erstattungsantrag ein.

Bitte beachten Sie: Eine Kostenerstattung dürfen wir nur vornehmen, sofern uns eine Einwilligungserklrung zur Datenverarbeitung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie eine Schweigepflichtentbindungserklrung von der behandelten Person vorliegt (siehe Seite 3 des Erstattungsantrages).

Senden Sie den Antrag auf Erstattung von Behandlungskosten an die
EUROPA Versicherung AG
Sondervertrge Kranken
50595 Köln

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

Vielen Dank im Voraus.

Mit freundlichen Gren
Ihre EUROPA Versicherung AG

4. Expenses incurred in foreign currency will be converted into Euro currency at the rate applicable on the date when the vouchers are received 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.

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 (page 3 of the refund application form).

Address the application for refund of treatment cost to:
EUROPA Versicherung AG
Sondervertrge Kranken
50595 Köln, Germany

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

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 des Hauptversicherten
Last name and first name of the principal insured person

Geburtsdatum 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 Angaben)
Tel. No. (private) (voluntary information)

Telefon-Nummer, Dienstlich (freiwillige Angaben)
Tel. No. (office). (oluntary information)

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)
e-mail address (voluntary information)

**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

