

# SCHADENMELDUNG

## Reisekrankenversicherung LuxairTours

Bitte füllen Sie das nachfolgende Formular sorgfältig aus und senden das Formular zurück an:  
DKV Luxembourg S.A. | 11-13, Rue Jean Fischbach | L-3372 LEUDELANGE | assistance@dkv.lu

Reservierungsnummer LuxairTours

### 1. Angaben zum vorliegenden Leistungsantrag

Es handelt sich um einen Leistungsantrag im Zusammenhang mit

- einer Erkrankung am Urlaubsort  
 einer vorzeitigen Rückreise wegen Erkrankung oder Tod eines nahen Verwandten im Wohnsitzland

Sonstiges:

### 2. Persönliche Angaben der erkrankten Person

Name	Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum
		<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	TT/MM/JJJJ
Straße   Hausnummer			
Land	PLZ	Ort	Telefon
E-Mail		Mobiltelefon	
Sozialversicherungsnummer		Bankverbindung zur Erstattung von Leistungen	

### 3. Angaben zur Reise

Buchungsdatum	Datum der Abreise	Datum der Rückreise
TT/MM/JJJJ	TT/MM/JJJJ	TT/MM/JJJJ
Reiseziel		

### 4. Angaben zur Erkrankung/zum Unfall

Datum der ersten Behandlung	Art der Behandlung
	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
Name und Adresse des behandelnden Arztes oder des Krankenhauses	
Stationäre Behandlung	
von TT/MM/JJJJ	bis TT/MM/JJJJ
Beschreibung der Verletzung/Erkrankung	
Besteht ein Zusammenhang mit einer Vorerkrankung?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, mit welcher?	

War eine Verlängerung des ursprünglich gebuchten Reisezeitraumes notwendig? Bitte geben Sie die Ihnen entstandenen Kosten unter Punkt 7 an.

Ja  Nein Wenn ja, bis wann? TT/MM/JJJJ

Handelt es sich um einen Unfall? Unfalldatum Unfallort  
 Ja  Nein TT/MM/JJJJ

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? Wenn ja, bitte Dienststelle und Aktenzeichen angeben.  
 Ja  Nein

Wurde der Unfall durch eine dritte Person verursacht? Wenn ja, bitte Angaben zum Unfallverursacher (Name, Adresse).  
 Ja  Nein

Bitte beschreiben Sie den Unfallhergang

### 5. Angaben zur erkrankten oder verstorbenen Person im Wohnsitzland (sofern zutreffend)

Name Vorname Geschlecht Geburtsdatum  
 w  m TT/MM/JJJJ

Straße | Hausnummer

Land PLZ Ort Verwandtschaftsverhältnis

Evt. Todestag (bitte Sterbeurkunde hinzufügen)  
TT/MM/JJJJ

### 6. Zusätzliche Angaben

Besteht eine zusätzliche Deckung einer Krankenkasse, eines anderen Vorsorgeunternehmens (z.B. CMC) oder eine anderweitige Zusatzversicherung/ Reiseversicherung?

Ja  Nein Wenn ja, welche?

Adresse des Unternehmens

Mitglieds- oder Policennummer

### 7. Übersicht über die geltend gemachten Kosten

Bitte führen Sie nachfolgend die Kosten auf, die von Ihnen geltend gemacht werden.

Rechnungsdatum	Rechnungsaussteller	Grund der Rechnung	Betrag	Erstattungsbetrag eines anderen Kostenträgers
TT/MM/JJJJ				

Bitte fügen Sie diesem Antrag die folgenden Dokumente bei:

- Abrechnungsbelege der gesetzlichen Krankenkasse und/oder anderer Versicherer
- Kopien der Rechnungen von Ärzten/Verordnungen für Medikamente
- Medizinische Berichte
- Im Falle eines Unfalls das amtliche Protokoll der lokalen Behörden
- Rechnungen von Hotelverlängerung/Umbuchung des Fluges/Taxi (sofern zutreffend)
- Sterbeurkunde (sofern zutreffend)

Ich versichere, die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Hiermit trete ich eventuelle Ansprüche gegen meine gesetzliche Krankenkasse/private Versicherung an die DKV Luxembourg S.A. ab.

LALUX Assurances wird die personenbezogenen Daten des Versicherten gemäß der Datenschutzrichtlinie verarbeiten, die unter folgender Adresse abrufbar ist: <https://www.lalux.lu/de/datenschutz-1-1674823498/politik-zum-schutz-personenbezogener-daten>

Ort  
Datum  
TT/MM/JJJJ

Unterschrift der versicherten Person  
(bei Minderjährigen auch Unterschrift des Erziehungsberechtigten)