

**Antrag auf Erstattung von
Behandlungskosten**

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

GR _____ mit / with _____

**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):**

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. Die in einer Fremdwährung entstandenen
Kosten werden zum aktuellen Kurs des
Tages, an dem die Belege bei dem
Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

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. 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.

4. Informieren Sie uns bitte bei Verletzungen über den Unfallhergang und die Schuldfrage, damit wir eventuelle Regressansprüche bei Dritten rechtzeitig geltend machen können.
 5. 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.
 6. Bitte reichen Sie Krankheitskostenbelege stets mit entsprechend ausgefülltem Erstattungsantrag zusammen mit der von Ihrem Arbeitgeber ausgefüllten Dienstreisebescheinigung ein.
4. 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.
 5. 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.
 6. Please submit disease cost vouchers always together with a completed refund application form and the business trip certificate issued by your employer.

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 (siehe Seite 2 des Erstattungsantrages).

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

Bei Rückfragen erreichen Sie uns Mo.-Fr. in der Zeit von 8.00 – 19.00 Uhr unter
Telefon: +49 221 / 57 37 390
Telefax: +49 221 / 57 37 382
E-Mail: svk3@europa.de

Vielen Dank im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre EUROPA Versicherung AG

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 2 of the refund application form).

Address the application for refund of treatment cost to:
EUROPA Versicherung AG
Sonderverträge 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 37 390
Facsimile: +49 (0)221 / 57 37 382
e-mail: svk3@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**
Tel. No. (private) *

Telefon-Nummer.* dienstlich
Tel. No.* (office).

E-Mail-Adresse**
e-mail address**

- * **freiwillige Angaben / Voluntary information**
** **freiwillige Angabe, weitere Hinweise und Erklärungen hierzu finden Sie auf der letzten Seite**
Voluntary information, for more details and explanations, see last 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

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

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 Leistungszahlung soll erfolgen an:

The benefit should be paid to:

den Rechnungsaussteller
The party issuing the invoice

die versicherte Person
The insured person

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 _____ mit / with _____

**Hiermit bestätigen wir, dass sich 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 (Land, aus dem der Auslandsaufenthalt aus angetreten wurde)
Home country (country from which the stay in the host country was started)

**Für folgende mitreisende Familienangehörige bestand
ebenfalls Versicherungsschutz im Rahmen des
vereinbarten Gruppenversicherungsvertrages. 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 Person1 Last name, first name and DOB of the co-insured person 1
Name, Vorname und Geburtsdatum der mitversicherten Person2 Last name, first name and DOB of the co-insured person 2
Name, Vorname und Geburtsdatum der mitversicherten Person3 Last name, first name and DOB of the co-insured person 3
Name, Vorname und Geburtsdatum der mitversicherten Person4 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

**Datenschutzhinweise bei Abschluss des Versicherungsvertrages
Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag
sowie**

**Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und
Schweigepflichtentbindungserklärung**

Teil 1

**Privacy Policy when Concluding the Insurance Contract
Enrolling for the Group Insurance Contract
as well as**

Consent to the Processing of Medical Data and Release from the Duty to Confidentiality

Part 1

Angaben zur versicherten Person*

Vertrags-Nr. GR_____

Details on the Insured Person*

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

*** Bitte beachten Sie: Dieser Vordruck muss von jeder Person ausgefüllt und unterschrieben werden. Bei Personen die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, muss der Vordruck vom Erziehungsberechtigten unterschrieben werden.**

*** Please note: This form must be completed and signed by every person. For persons who have not yet reached the age of 16, the form must be signed by their legal guardian.**

**Mit meiner Unterschrift willige ich in die nachfolgenden Einwilligungstatbestände ein.
I grant my consent to the following with my signature.**

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

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

• **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. 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

- **Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung**

1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch die EUROPA Versicherung AG
2. Abfrage von Gesundheitsdaten und anderen der Schweigepflicht unterliegenden Informationen bei Dritten (Risiko- und Leistungsprüfung)
3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegenden Informationen an Stellen außerhalb der EUROPA Versicherung AG
 - 3.1. Übertragung von Aufgaben auf Dienstleister
 - 3.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen
 - 3.3. Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer
 - 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler
 - 3.5. Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung
4. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt
5. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

- **Einwilligung zur E-Mail-Nutzung**
- **Informationen zum Datenschutz bei Beantragung des Versicherungsschutzes über das Expat-Desk**
- **Dienstleister und Auftraggeber der EUROPA Versicherung AG**
- **Mitteilung zu § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht**

- 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

- **Consent to the Processing of Medical Data and Release from the Duty to Confidentiality**

1. Processing of your health data by EUROPA Versicherung AG
2. Retrieval of medical data and other information subject to confidentiality with third parties (risk and claims assessment)
3. Disclosure of your medical data and other confidential information to bodies outside EUROPA Versicherung AG
 - 3.1. Delegation of tasks to service providers
 - 3.2. Data forwarding to reinsurers
 - 3.3. Transfer of data to the policyholder
 - 3.4. Data forwarding to independent insurance broker
 - 3.5. Data forwarding to independent acquisition brokers once their responsibility ends
4. Processing of your medical data in the event that the contract is not concluded
5. Voluntary nature and possibility of revocation

- **Consent to use email**
- **Information on data protection when applying for insurance cover via the Expat-Desk**

- **Service Providers and Contractors of EUROPA Versicherung AG**
- **Notification in accordance with Section 19, Par. 5 of the German Insurance Contract Act (VVG) regarding the consequences of a violation of the precontractual disclosure Obligation**

**Nähere Informationen zu oben aufgeführten Datenschutzhinweisen und
Einwilligungstatbeständen finden Sie in Teil 2 dieser Information.
You may find additional information about the above-mentioned privacy policy and the facts
concerning the consent in part 2 of this information.**

Ort, Datum
place, date

Unterschrift (bei Personen vor Vollendung des 16. Lebensjahres Name und Unterschrift des Erziehungsberechtigten)
Signature (in the case of persons under the age of 16, the name and signature of the legal guardian)
