



SCHADENFORMULAR
 Zahnärztliche und medizinische Schadenfälle
 Beschädigtes/gestohlenes Eigentum (Rückseite)

ABSCHNITT -1- (BITTE LESERLICH AUSFÜLLEN)

Dieser Abschnitt ist bei allen Schadenfällen auszufüllen.

Vor- und Nachname des Teilnehmers (bitte alle Namen angeben)		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)
Adresse im Heimatland		Telefonnummer	
Adresse im Gastland		Telefonnummer	
E-Mail-Adresse			
Abreisedatum im Heimatland		Rückreisedatum ins Heimatland	Wurde bereits ein Formular für diesen Schadenfall eingereicht? <input type="checkbox"/> Ja, Datum: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Datum des Unfalls/Krankheitsbeginn:/...../..... 1. Arztbesuch:/...../.....	Wurden Sie bei einem Verkehrsunfall verletzt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Name, Adresse des Fahrers: _____		Wurden Sie schon früher wegen dieser Krankheit behandelt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar im: (MM/JJJJ)
Sind Sie mittlerweile wieder gesund? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Werden wir noch andere unbezahlte Arztrechnungen bezüglich dieses Schadenfalls erhalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Die Erstattung soll erfolgen an: <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Austauschorganisation <input type="checkbox"/> Teilnehmer <input type="checkbox"/> Gastfamilie <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Haben Sie in Ihrem Heimatland eine Krankenversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Deckt eine andere Versicherungsgesellschaft diese Krankheit/diesen Unfall? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (Name, Adresse, Versicherungs-Nr.): _____		Für eine Rückerstattung per Überweisung: (Name und Adresse der Bank, Konto-Nr., IBAN, SWIFT)
Bitte beschreiben Sie die Krankheitssymptome/Verletzungen (bei Verletzungen bitte Umstände ausführlich erläutern):			
.....			
.....			
.....			

ABSCHNITT -2- (VOM TEILNEHMER AUSZUFÜLLEN)

Ohne Unterschrift des Teilnehmers ist eine Bearbeitung des Schadenfalles nicht möglich.

HIERMIT BESTÄTIGE ICH, dass die obigen Angaben richtig sind. AUSSERDEM ERLAUBE ICH, dass die Versicherungsgesellschaft Informationen, die im Laufe meiner Untersuchung/Behandlung benötigt werden, weitergibt oder erhält. ICH VERPFLICHTE MICH, nach Erstattung von beschädigtem oder gestohlenem Eigentum keine weitere Klage einzureichen und die Versicherungsgesellschaft sofort zu informieren, wenn gestohlenes Eigentum wiedergefunden wird.

.....
 Unterschrift des Teilnehmers

.....
 Datum und Ort

ABSCHNITT -3- (VOM ARZT AUSZUFÜLLEN)

Diagnose:
Wies der Patient schon früher derartige Symptome auf? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (wann und wo?):
Handelt es sich um eine angeborene Krankheit? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja.....
Unterschrift des Arztes:

ABSCHNITT -4- (VOM TEILNEHMER AUSZUFÜLLEN)

Bitte geben Sie **alle** Arztrechnungen und Ausgaben (Rechnungen, Quittungen, Rezepte) an und schicken Sie sie im ORIGINAL mit. Fotokopien können nicht berücksichtigt werden.

Datum des Arztbesuches	Name des Arztes/Apothekers	Kosten
.....
.....
.....
Gesamtsumme:	

BESCHÄDIGTES/GESTOHNES EIGENTUM

BITTE FÜLLEN SIE DIE ABSCHNITTE 1, 2, 5 UND 6 AUS

ABSCHNITT -5- (BEI BESCHÄDIGTEM/GESTOHNEM EIGENTUM AUSZUFÜLLEN)

Art des Schadens	Wo und wann ist der Schaden aufgetreten? (TT/MM/JJJJ)	Wann wurde er festgestellt? (TT/MM/JJJJ)
Wo waren Sie, als der Schaden festgestellt wurde?		Wem wurde der Schaden gemeldet? (Bitte Bericht beifügen) <input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> Transportgesellschaft <input type="checkbox"/> Begleiter vor Ort <input type="checkbox"/> Schule/Hotel
Wo befanden sich die Gegenstände, als sie beschädigt wurden/verloren gingen?		War der Raum verschlossen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und der Schlüssel befand sich:
War der Aufbewahrungsort (Koffer, Schrank, Schublade,...) verschlossen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und der Schlüssel befand sich:	Welche anderen Maßnahmen wurden unternommen, um den Gegenstand zu schützen?	
Bitte beschreiben Sie detailliert die Umstände der Beschädigung/des Verlustes. <i>(die gestohlenen/beschädigten Artikel werden in Abschnitt 6 aufgelistet)</i>		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
<i>(bei Bedarf bitte weitere Zettel beifügen)</i>		
Deckt eine andere Versicherungsgesellschaft diesen Schadenfall? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, (Name und Adresse der Versicherungsgesellschaft, Versicherungs-Nr.):		

ABSCHNITT -6- (BEI ALLEN SCHADENFÄLLEN AUSZUFÜLLEN)

Bei Beschädigung/Verlust von Eigentum: Bitte tragen Sie in die folgende Liste alle gestohlenen/beschädigten Gegenstände sowie alle Einkaufs- und Reparaturrechnungen ein. Bitte schicke Sie die Einkaufs- und Reparaturrechnungen im Original ein. **Ersatzrechnungen können NICHT als Eigentums- oder Wertnachweis betrachtet werden.**

ausführliche Beschreibung des Gegenstandes	zu zahlen an	nur bei Eigentumsschaden		Betrag
		Einkaufs-/Reparaturbetrag	Einkaufsdatum	
<i>(bei Bedarf bitte weitere Zettel beifügen)</i>				

Die Erstattung soll erfolgen an:	
<input type="checkbox"/> Teilnehmer	<input type="checkbox"/> Gastfamilie
<input type="checkbox"/> Sonstige Person (Vorname, Name, Adresse, Grund)	<input type="checkbox"/> Austauschorganisation (Name, Adresse, Grund)