



B D A E G R U P P E

**AUSZAHLUNG VON VERSICHERUNGSLEISTUNGEN EXPAT 36/60®**

# AUSZAHLUNGSBOGEN

**VERSICHERTE IN DEM GELTUNGSBEREICH USA/KANADA WENDEN SICH IN ALLEN FRAGEN DER KOSTENÜBERNAHME UND LEISTUNGSABRECHNUNG GEMÄß MERKBLATT AN:**

**EURO CARE • PO BOX 4610 • SEMINOLE, FL 33775, USA**

**FON: +1-727-593-5462 • FAX: +1-727-593-5973**

**E-MAIL: EUROCARE@TAMPABAY.RR.COM**

**ALLE VERSICHERTEN AUßERHALB DES GELTUNGSBEREICHES USA/KANADA BITTEN WIR, FÜR DIE BEANTRAGUNG VON KOSTENERSTATTUNGEN DAS NACHFOLGENDE FORMULAR UND DIE AUFSTELLUNG AUF DER RÜCKSEITE AUSZUFÜLLEN. BITTE FÜLLEN SIE IM SCHADENFALL PRO PERSON JEWEILS EIN ANTRAGSFOMULAR AUS UND SENDEN SIE DIESES AN:**

**BDAE HOLDING GMBH • KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG**

<b>VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):</b>		
Name:		Vorname(n):
Aktuelle Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land):		Als Zustelladresse nutzen*: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fon (mit Landes- u. Ortsvorwahl):	Fax (mit Landes- u. Ortsvorwahl):	e-mail:
<b>KONTOVERBINDUNG FÜR LEISTUNGSERSTATTUNG:</b>		
Kto.-Inhaber:		
Bank:	Kto.-Nr.:	BLZ:
<b>ZUSATZ FÜR AUSLÄNDISCHE KONTEN:</b>		
Bankanschrift:	BIC/Swift:	IBAN:
<b>ANGABEN ZU ANDERWEITIGEM AKTIVEN KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ:</b>		
Besteht für die versicherte Person eine weitere Krankenversicherung*?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei:	Vers.-Nr.:
Beginn des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person: (*bitte ankreuzen)	Derzeitige berufliche Tätigkeit der/des Versicherungsberechtigten im Ausland:	

Stand: 15.07.2011

**TRAGEN SIE BITTE DIE FÜR DIE ERSTATTUNG BEANTRAGTEN LEISTUNGEN IN DIE UMSEITIGE TABELLE EIN, BZW. LASSEN DIESE VON DEM BEHANDELNDEN ARZT VERVOLLSTÄNDIGEN!**

**FÜR RÜCKFRAGEN WENDEN SIE SICH BITTE AN:  
SABRINA JUNGCLAUS**

**FON: +49-40-30687411 • FAX: +49-40-30687490**

**E-MAIL: LEISTUNG@BDAE.DE**

