

Schadenmeldung 保険金請求用紙

Reise-Krankenversicherung 旅行疾病保険

□の枠は、該当する方に×をつけてください。

Bitte vollständig ausfüllen!

ドイツ語または英語で記入してください。日本語での申告方法は「<https://www.ryokohoken.org/services/faq/>」にてご確認ください。

1. Angaben zu Ihrer Person: 個人情報

Bitte geben Sie bei Doppelnamen oder mehreren Familiennamen alle Namen an!

 男性 Herr 女性 Frau

Vorname(n) 名

Name(n) 姓

Straße 滞在先住所 通り名

Nummer / Adresszusatz 番地など

PLZ/Ort 郵便番号/市町村名

Land 国

Arbeitsstätte 勤務先

Beruf 職業

Telefon privat 電話番号

Telefon tagsüber 日中の連絡先電話番号

Geburtsdatum 生年月日

E-Mail メールアドレス

Geburtsland 出生国

Staatsangehörigkeit 国籍

Versicherungs-Nr. (Versicherungspolice-, Jahresversicherungs- oder Kreditkartennummer etc.) 保険証券番号

2. Angaben zur Reise: 旅行滞在情報

Bitte reichen Sie in jedem Fall Ihre Reisebestätigung sowie Ihren Versicherungsschein oder die Versicherungsbestätigung mit Nachweis der Prämienzahlung (Quittung) jeweils in Kopie ein!

Reiseland 滞在国内

 Privatreise

個人旅行 (滞在)

 Geschäftsreise

商用旅行 (滞在)

Reise- / Aufenthaltsbeginn 滞在開始日 (日/月/年)

Reise- / Aufenthaltsende 滞在終了 (予定) 日 (日/月/年)

Steht Ihnen im Reiseland während des ganzen Jahres eine Unterkunft zur Verfügung?

 Nein いいえ Ja はい

滞在国では居住地が決まっていますか?

3. Angaben zu den im Einzelnen entstandenen Kosten: 病院受診情報

Bitte reichen Sie Rechnungen, Quittungen und ärztliche Verordnungen im Original sowie ggf. Umtauschquittungen oder Kreditkartenabrechnungen in Kopie ein!

In welcher Währung wurden die Rechnungen bezahlt?
支払った治療費請求書の通貨単位は?

€ (ユーロ)、¥ (日本円) など

Währungsbezeichnung

Wie wurden die Rechnungen bezahlt? 支払方法は?

 現金 Barzahlung Kreditkarte クレジットカード

Überweisung (銀行振込) など

Sonstige Zahlung その他

Bitte geben Sie hier alle Rechnungen an – auch, wenn diese bereits eingereicht wurden:

すべての治療費請求書について申告してください。

医師名または請求書発行元名

治療日 (日/月/年)

請求金額 (通貨単位)

Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller

Behandlungsdatum

Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)

Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller

Behandlungsdatum

Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)

Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller

Behandlungsdatum

Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)

4. Bankverbindung: 保険金の振込を希望する銀行口座の情報

Sollten Ihnen Kosten entstanden sein, bitten wir um Angabe der Bankverbindung.

Name des Kontoinhabers: □座名義人名 (項目1と同一名の場合は□に×を、異なる場合は氏名を明記してください。)

 Anderer wie 1. Empfänger:

Vorname 名

Name 姓

Kontonummer 口座番号

Bankleitzahl 銀行番号 (BLZ)

Kreditinstitut 銀行名

Bei Auslandsüberweisungen bitte zusätzlich angeben:

IBAN IBAN 番号

Swift- / BIC-Code Swiftcode

5. Angaben zum Krankheitsverlauf oder Unfallgeschehen:

Bitte reichen Sie bei Krankheit den Arzt- bzw. Befundbericht, bei einem Unfall zusätzlich den Unfallbericht (sofern vorhanden) in Kopie ein.

Schildern Sie bitte mit eigenen Worten den Beginn der Beschwerden und den weiteren Verlauf, bei Unfall den Unfallhergang:

Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.

病状、受診理由、事故の場合は発生状況について、ご自身の言葉で簡単にご説明ください。
病院から発行された治療費請求書や診断書、事故証明書などをご提出くださいますようお願いいたします。

症状が最初に発生したのはいつですか？

Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?

日付 (日/月/年)

am

時間

um Uhr

医師の診断結果を明記してください。

Wie lautete die vom Arzt gestellte Diagnose?

Wurden Sie im Reiseland stationär behandelt?

いいえ
Nein

はい
Ja

現地滞在中に入院をされましたか？

入院した場合

vom 入院開始日 (日/月/年)

bis 入院終了日 (日/月/年)

入院した病院の名前と所在地
Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

入院を指示した医師の名前 (退院証明書がある場合はご提出ください。)

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei!

Ging der stationären Behandlung eine ambulante Behandlung (z. B. durch den Hotelarzt) voraus?

いいえ
Nein

はい
Ja

外来治療後の入院でしたか？

Wurden Sie aufgrund dieser Erkrankung schon einmal vor Ihrer Reise / Ihrem Aufenthalt behandelt?

いいえ
Nein

はい
Ja

今回の症状が原因で、旅行前にすでに病院にかかったことがありますか？

ある場合は、その病院名と所在地を明記してください。

Falls Ja, Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Bei welchem Arzt waren Sie nach der Rückkehr von Ihrer Reise / Ihrem Aufenthalt zur Nachbehandlung?

帰国後、引き続き治療を受けた場合は、医師の名前と病院所在地を明記してください。

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

日本での係りつけの病院名と所在地

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

6 Zusätzliche Angaben bei einem Unfall: 事故によるケガの場合

事故の起こった場所

Unfallort

事故日 (日/月/年)

Unfalltag

事故発生時間

um

Uhr

事故の加害者名

Vorname / Name des Unfallverursachers

加害者の現住所

Anschrift des Unfallverursachers

Gabes Zeugen, die den Unfall beobachtet haben? 事故の目撃者はいますか？

いいえ
Nein

はい
Ja

男性
Herr

女性
Frau

目撃者名

Vorname / Name 1. Zeuge

目撃者の現住所

Anschrift

男性
Herr

女性
Frau

目撃者名

Vorname / Name 2. Zeuge

目撃者の現住所

Anschrift

Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen?

警察に事故の届け出をしましたか？

届け出た警察名

Falls Ja, Name und Ort der Polizeidienststelle

Bitte ggf. Polizeiprotokoll beilegen.

いいえ
Nein

はい
Ja

調査番号

Aktenzeichen

7. Angaben zu weiteren Versicherungsverträgen: 他の保険契約に関する情報（ドイツにてステップイン保険のみご加入の場合は無記入で結構です。）

In welcher gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung sind Sie Mitglied?

加入している公的保険またはプライベート保険の名称	保険加入番号
Name der Krankenkasse / Krankenversicherung	Mitgliedsnummer
保険会社の所在地	
Anschrift der Krankenkasse / Krankenversicherung	
Falls Sie gesetzlich versichert sind: Besteht eine private Zusatzversicherung für stationäre Krankenhausaufenthalte?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
ドイツの公的保険に加入していて、入院治療に関してプライベート保険に補足加入している場合は、そのプライベート保険の名前、所在地、保険番号等を記入してください。	
Falls Ja, Name der privaten Zusatzversicherung	Versicherungsschein-Nr.
Anschrift der privaten Zusatzversicherung	

Bitte geben Sie hier – wenn Sie gesetzlich versichert sind – den **ドイツの公的保険にて標準プラン以外のプランに加入している場合は申告してください。**
von Ihnen gewählten Tarif an, sofern dieser vom Standard-Tarif abweicht:

Besteht eine weitere Kranken- oder Rückholversicherung mit Auslandsschutz (z. B. über die gesetzliche Krankenversicherung, eine Kreditkarte oder Mitgliedschaft bei ADAC, Rotes Kreuz etc.)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
外国での補償がある他の疾病保険や帰国移送保険に加入していますか。（クレジットカードに付帯する海外旅行保険など）	該当するカード番号等
Falls Ja, Name der Gesellschaft / Vereinigung	Mitglieds- bzw. Kreditkartennummer
Anschrift der Gesellschaft / Vereinigung	

Haben Sie bei einer anderen Stelle (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle etc.) einen weiteren Erstattungsantrag gestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Bitte ggf. Erstattungsnachweis einreichen.	

Besteht eine private Unfallversicherung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
別途プライベート保険で傷害保険に加入している場合は申告してください。	
Falls Ja, Name der Versicherungsgesellschaft	Versicherungsschein-Nr.
Anschrift der Versicherungsgesellschaft	

Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal Kosten bei einer Reise-Krankenversicherung geltend gemacht?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
過去に、旅行保険で補償を受けたことがある場合は、その保険について申告してください。	

Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft
Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft

8. Belehrung zur Wahrheitspflicht (§ 28 VVG): Bitte füllen Sie als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland auch die Abtretungserklärung aus!

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben den Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig unwahre oder unvollständige Angaben eine – der Schwere meines Verschuldens entsprechende – Kürzung der Versicherungsleistung zur Folge haben können, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die unwahren oder unvollständigen Angaben von mir arglistig gemacht wurden.

上記の申告が正確かつ事実であることを誓います。故意に虚偽または不十分な記述を申告をした場合、補償を受ける権利を喪失する可能性があることを認知しています。（重大な過失がある場合は補償内容の短縮につながる可能性もあります）

日付／場所	署名（未成年者の場合は親権者の署名をお願いします。）
Ort / Datum	Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!)

Abtretungserklärung

ドイツの公的保険に加入している場合のみ、下記ご記入ください。

Bitte vollständig ausfüllen, wenn Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland sind!

Hiermit trete ich,



Bitte geben Sie bei Doppelnamen oder mehreren Familiennamen alle Namen an!

Herr

Frau

Vorname(n)

Name(n)

Straße

Nummer / Adresszusatz

PLZ

Ort

meine Ansprüche gegen meine gesetzliche Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Versicherungsnummer

Anschrift der Krankenkasse

betreffend der Erkrankung / des Unfalls

vom

in (Reiseland / Ort)

an die AGA International S.A., Bahnhofstraße 16, D-85609 Aschheim bei München ab.

Ort / Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!)