

Schadennummer

2 | 0 | 2 | 4 | 3 | 7 | 6 | 2 | 2 | 0 | 9

Allianz  Travel

# Schadenmeldung

## Reise-Krankenversicherung

Bitte vollständig ausfüllen!

AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland  
Schadenabteilung  
Bahnhofstraße 16 · D - 85609 Aschheim b. München  
Tel: +49.89.2 08 01-98 49 · Fax: +49.89.6 24 24-590  
E-Mail: krankenschaden-awpde@allianz.com

## 1. Angaben zu Ihrer Person:

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

☒ Herr ☐ Frau **Badih**  
Vorname(n)

Dr. Suleiman

Name(n)

Hasselriede

Straße

D-30900 Wedemark

PLZ / Ort

+491716111762

Telefon / Mobil

0 | 1 | 0 | 7 | 1 | 9 | 4 | 5

Geburtsdatum

G420460235, DAK

Versicherungs-Nr. (Versicherungsschein-, Jahresversicherungs-Nummer etc.)

21

Nummer / Adresszusatz

Land

Suleimanltd@Yahoo.com

E-Mail

Visa, 4779 1341 0001 2184

Kreditkarteninstitut und Kreditkartennummer

## 2. Bankverbindung:

Wer soll die Versicherungsleistung erhalten?

☒ oder anderer **Badih**  
wie 1. Empfänger: Vorname

Dr. Suleiman

Name

Deutsche Bank

Kreditinstitut

DE61 1007 0848 0481 9470 00

IBAN (bis max. 34 Stellen)

DEUTDEDB110

Swift- / BIC-Code (8 oder 11 Stellen)

## 3. Angaben zur Reise:

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

Aufenthalt in Syrien mit Flug über Libanon

Reiseland

2 | 4 | 0 | 9 | 2 | 0 | 2 | 4

Reise- / Aufenthaltsbeginn

1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 4

Reise- / Aufenthaltsende

☒ Privatreise☐ Geschäftsreise☒ Nein☐ Ja

Steht Ihnen im Reiseland ganzjährig eine Unterkunft zur Verfügung?

## 4. Angaben zu den im Einzelnen entstandenen Kosten:

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?

Syrische Pfund SYD

Währungsbezeichnung

Wie wurden die Rechnungen bezahlt?

☒ Barzahlung☐ Kreditkarte / EC-Karte (Abrechnung bitte beilegen)

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

Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.

Prof. Dr. Chamieh Marwan

Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller

Lara &amp; Sema co

Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller

Behandelnder Arzt oder Rechnungssteller

1 | 5 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 4

Behandlungsdatum

1 | 5 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 4

Behandlungsdatum

Behandlungsdatum

19.000.000, - SYD

Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)

12.200.000, - SYD

Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)

Rechnungsbetrag (mit Währungsbezeichnung)

▶ Bitte wenden



## 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.

Am 15.10.2024 gegen 1 Uhr Morgens aufgewacht mit Herzschmerzen. Bin Schnell zum Krankenhaus geeilt. Man sagte mir 2 Minuten

Nachdem ich aufgenommen bin, blieb mein Herz stehen, also belebten mich die Sanitäter wieder und mein Arzt, Prof.

Dr. Chamieh Marwan, kam und tat, was nötig war. Als weiteres steht in seinem Bericht. Die Rechnung Von Lara & Sema

Co ist nur eine Begleitrechnung. Gerne beantworte ich Ihre Fragen. Mit freundlichen Grüßen

Dr. Suleiman Badih

Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?

1 | 5 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 4  
am

0 | 1 | : | 0 | 0 |  
um

Wie lautete die vom Arzt gestellte Diagnose?

Herzkrankheit (siehe Rechnung mit Befund)

Wurden Sie im Reiseland  
stationär behandelt?



Nein



Ja

vom

bis

os pedale Italian , Damaskus - syrien t4: 3326030-31

Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

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?



Nein



Ja

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



Nein



Ja

Hausärzte am Aegi , Frau Dr.Menke, Hildesheimer Str.11, Hannover

Falls Ja, Name und Anschrift des behandelnden Arztes

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

Name und Anschrift des behandelnden Arztes oder Krankenhauses

Hausärzte am Aegi , Frau Dr.Menke, Hildesheimer Str.11, Hannover

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

## 6 Zusätzliche Angaben bei einem Unfall:

Unfallort

Unfalltag

um

Vorname / Name des Unfallverursachers

Anschrift des Unfallverursachers

Gab es Zeugen, die den Unfall beobachtet haben?



Nein



Ja



Herr



Frau

Vorname / Name 1. Zeuge

Anschrift



Herr



Frau

Vorname / Name 2. Zeuge

Anschrift

Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen?

Bitte ggf. Polizeiprotokoll beilegen.



Nein



Ja

Falls Ja, Name und Ort der Polizeidienststelle

Aktenzeichen



## 7. Angaben zu weiteren Versicherungsverträgen:

In welcher gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung sind Sie Mitglied?

DAK Gesundheit

Name der Krankenkasse / Krankenversicherung

G420460235

Mitgliedsnummer

DAK Gesundheit Postzentrum 22788 Hamburg

Anschrift der Krankenkasse / Krankenversicherung

Besteht eine weitere Kranken- oder Rückholversicherung mit Auslandsschutz (z. B. über die gesetzliche Krankenversicherung, eine Kreditkarte oder Mitgliedschaft bei ADAC, Rotes Kreuz etc.)?



Nein



Ja

Falls Ja, Name der Gesellschaft / Vereinigung

Mitglieds- bzw. Kreditkartennummer

Anschrift der Gesellschaft / Vereinigung

Falls Sie gesetzlich versichert sind: Besteht eine private Zusatzversicherung für stationäre Krankenhausaufenthalte?



Nein



Ja

Falls Ja, Name der privaten Zusatzversicherung

Versicherungsschein-Nr.

Anschrift der privaten Zusatzversicherung

Bitte geben Sie hier – wenn Sie gesetzlich versichert sind – den von Ihnen gewählten Tarif an, sofern dieser vom Standard-Tarif abweicht:

Haben Sie bei einer anderen Stelle (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle etc.) einen weiteren Erstattungsantrag gestellt?

▶ Bitte ggf. Erstattungsnachweis einreichen.



Nein



Ja

Besteht eine private Unfallversicherung?



Nein



Ja

Falls Ja, Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsschein-Nr.

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

## 8. Datenschutz

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Die Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten, zu denen auch Gesundheitsdaten gehören, unterliegt besonderem Schutz. Indem Sie uns anlässlich Ihres Versicherungsfalles Gesundheitsdaten mitteilen, willigen Sie ausdrücklich ein, dass wir Ihre für die Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Gesundheitsdaten verarbeiten.

## 9. 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 einen Verlust der Versicherungsleistung zur Folge haben. Bei grob fahrlässig unwahren oder unvollständigen Angaben kann der Versicherer die Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn ich nachweisen kann, dass die unwahre oder unvollständige Angabe nicht grob fahrlässig gemacht wurde. Wenn ich nachweise, dass die vorsätzlich oder grob fahrlässig gemachte Angabe weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war, bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die unwahren oder unvollständigen Angaben arglistig gemacht wurden. Bei arglistig gemachten unwahren oder unvollständigen Angaben wird der Versicherer in jedem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Hannover, 10.01.2025

Ort / Datum

Dr. Schilling

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



# Abtretungserklärung

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

Badih

Vorname(n)

Hasselriede

Straße

D-30900

PLZ

Dr. Suleiman

Name(n)

21

Nummer / Adresszusatz

Wedemark

Ort

meine Ansprüche gegen meine gesetzliche Krankenkasse

DAK

Name der Krankenkasse

G420460235

Versicherungsnummer

DAK Gesundheit - Postzentrum - 22788 Hamburg

Anschrift der Krankenkasse

betreffend der Erkrankung / des Unfalls

1 | 5 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 4

vom

Syrien, Damaskus

in (Reiseland / Ort)

an die AWP P&C S.A., Bahnhofstraße 16, D - 85609 Aschheim bei München ab.

Hannover / 04.01. 2025

Ort / Datum

Dr. Suleiman

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