



24-Stunden-Notrufnummer:  
 +49 611 533-6290  
 Telefax:  
 +49 611 533-6400  
 E-Mail: gesundheit-weltweit@ruv.de

R+V Krankenversicherung AG  
 Leistung PH-GO-KL-AR

65189 Wiesbaden

**Mitteilung über einen Versicherungsfall in der Auslandsreise-Krankenversicherung**

**Bitte immer vollständig ausfüllen**

Schicken Sie uns bitte diese Aufstellung zusammen mit den Originalbelegen. Reicht der Platz nicht aus, verwenden Sie bitte ein Beiblatt.

**Versicherungs- oder Kreditkarten-Nr.:** \_\_\_\_\_

Versicherte Person/Kontoinhaber \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. für Rückfragen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Überweisung bitte auf das Konto bei

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Geldinstitut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aufstellung über anliegende Belege:

Währung	Gesamtbetrag	Vorleistung anderer Kostenträger in EUR
Reiseland:	Reisedauer vom	bis
	(Grenzüberschreitung)	

Bitte vollständig ausfüllen!

Behandelte Person(en)	Geburtsjahr	Grund der Behandlung

Anderweitige Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenkasse \_\_\_\_\_ Private Krankenvers. \_\_\_\_\_

Schutzbrief (z. B. ADAC): \_\_\_\_\_

Kreditkarte etc. mit Krankenversicherungsschutz im Ausland: \_\_\_\_\_



### **Eine Bitte an den Arzt**

Im Interesse Ihres Patienten, der bei uns versichert ist, bitten wir Sie, Ihre Rechnungen mit den folgenden Angaben zu versehen, die für die Erstattung des Rechnungsbetrages an unseren Versicherten notwendig sind:

1. Name und Geburtsdatum des Patienten
2. Diagnose
3. Behandlungsdaten
4. Einzelleistungen

**Wir danken Ihnen.**

### **English (Englisch):**

#### **A Request to the Doctor**

In the interest of your patient for whom we are the insurer, we request that your invoices include the following items which are necessary for the repayment of the invoice amount to our client:

1. Name and date-of-birth of the patient
2. Diagnosis
3. Treatment data
4. Individual performance/services

**We thank you.**

### **Francais (Französisch):**

#### **Demande au médecin**

Dans l'intérêt de votre patient, qui est assuré chez nous, nous vous prions de faire figurer sur vos factures les renseignements suivants, qui sont nécessaires au remboursement du montant de la facture à nos assurés :

1. nom et date de naissance du patient
2. diagnostic
3. références du traitement
4. prestations individuelles

**Merci de votre compréhension.**

### **Italiano (Italienisch)**

#### **Si prega gentilmente il medico curante,**

nell'interesse dei Suoi pazienti nostri assicurati, si prega di volere emettere le vostre fatture munite dei seguenti dati necessari per notificare gli importi ai nostri assicurati:

1. cognome, nome e data di nascita del paziente
2. diagnosi
3. dati attinenti il trattamento medico
4. singole prestazioni fornite

**Si ringrazia.**

### **Espanol (Spanisch):**

#### **Solicitud al médico:**

En interés de su paciente, que está asegurado por nosotros, le rogamos indique en sus facturas los siguientes datos, los que son necesarios para reembolsarle el importe de la factura a nuestro asegurado:

1. Apellido y apellido de soltero/a del/de la paciente
2. Diagnóstico
3. Datos del tratamiento
4. Prestaciones individuales (detalladas)

**Muchas gracias.**

### **Potugues (Portugiesisch):**

#### **Um pedido ao médico**

No próprio interesse do seu paciente, que se encontra assegurado por nós, pedimos-lhe que nas facturas inclua os seguintes dados, que são necessários para o reembolso do montante facturado ao nosso assegurado:

1. Nome e data de nascimento do paciente
2. Diagnóstico
3. Informações sobre o tratamento
4. Prestações particulares

**Estamos-lhe muito agradecidos.**