

Wie melde ich einen Schadenfall?

Mit dem Versicherungsausweis hast du eine Schadenmeldung von der HanseMercur Reiseversicherung AG erhalten.

1. Fülle die Schadenmeldung aus und mache dabei alle erforderlichen Angaben; das ist sehr wichtig, da ansonsten keine Zahlungen erfolgen können.
2. Füge alle Arztrechnungen, Rezepte und Quittungen im Original bei (Fotokopien, Mahnungen, Barzahlungsbelege werden nicht akzeptiert - du solltest dir allerdings für deine eigenen Unterlagen eine Kopie der Originalbelege anfertigen).
3. Sende alle oben aufgeführten Unterlagen binnen 2 Wochen an:

HanseMercur Reiseversicherung AG
Abt. RLK/Schadenregulierung
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
In den USA an: MedCare International, Inc
12480 West Atlantic Boulevard, Suite 2
Coral Springs, FL 33071
USA
Attention to Mrs Lacroix

4. Wenn du Fragen zu Schadenmeldungen oder zum Versicherungsschutz allgemein hast, wende dich bitte an: HanseMercur Reiseversicherung AG
Telefon +49 40 4119-3000.
5. Entschädigungszahlungen erfolgen nach 1-2 Wochen.

Schadenformulare findest Du auch bei:

<https://mein-hmr.de/service/schadenmeldung/>

In einem Notfall:

Wenn du in ein Krankenhaus eingeliefert wirst oder einen Nottransport in dein Heimatland benötigst, wende dich an den weltweiten Notruf-Service:



NOTRUF-SERVICE AUF REISEN

Notfall-Service
Rettungsflug/Rücktransport
24-Stunden Telefonservice

Telefon +49 40 5555-7877
In den USA: tel (1) 800 397 9905
(gebührenfrei)

Wichtiger Hinweis:

Für Reisen in die USA: Wir empfehlen keine direkten Zahlungen an amerikanische Dienstleister (wie Arzt, Krankenhaus usw.) zu machen. Bitte schicke alle Rechnungen und/oder Anfragen nach Kostenübernahme an MedCare International (Adresse siehe oben).

How should a claim be notified?

With the Insurance identity card you received a claim notification form from HanseMerkur Travel Insurance AG.

1. Fill out the claim notification form and provide all relevant details; this is very important as otherwise no payments can be made.
2. Enclose the original doctor's bills, prescriptions and receipts (photocopies, reminders and cash receipts are not acceptable – but you should keep copies of the original documents for your own records).
3. Send all the documents listed above within two weeks to:

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Abt. RLK/Schadenregulierung
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
From the US: MedCare International, Inc
12480 West Atlantic Boulevard, Suite 2
Coral Springs, FL 33071
USA
Attention to Mrs Lacroix


4. If you have questions on the notification of claims or on your insurance cover generally contact HanseMerkur Travel Insurance AG, telephone +49 40 4119-3000.
5. Settlement payments are made after 1-2 weeks.

Claim forms can be found as well on:

<https://mein-hmr.de/service/schadenmeldung/>

In case of Emergency:

If you are taken into hospital or need emergency transport for repatriation contact the worldwide emergency service:



WORLDWIDE EMERGENCY SERVICE

Emergency Service
Rescue Flights / Repatriation
24-hour Hotline Service

Phone +49 40 5555-7877
From the US: (1) 800 397 9905
(toll free)

Important note:

For travel to the USA: We do not recommend making any direct payments to American service providers (such as physicians, hospitals, etc.) Please send all invoices and/or requests for cost assumption to MedCare International (see above for address).

Schicke die Rechnung und die Schadenmeldung bitte an:

aus den USA:

MedCare International, Inc.
12480 West Atlantic Boulevard, Suite 2
Coral Springs, FL 33071
USA
Attention to Mrs Lacroix

aus anderen Ländern:

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Abt. RLK, Schadenregulierung
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
Germany

Schadenmeldung		Versicherungsnummer:
Name des Teilnehmers:		
Nachname, Vorname <input type="text"/>		
Anschrift im Heimatland:		
Straße <input type="text"/>		
PLZ, Ort	Telefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail <input type="text"/>		
Versicherungszeitraum <input type="text"/>		
Für die vorgenannte Person wird hiermit gemeldet ein:		
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)	<input type="checkbox"/> Krankheitsfall (Originalrechnungen über <input type="text"/> sind beigelegt)	
	<input type="checkbox"/> Grund der Behandlung	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Haftpflichtschaden	
Die Rechnung soll beglichen werden an den/das		
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)	<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Zahnarzt
	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Programmteilnehmer/Eltern (sofern in Vorkasse getreten)
BIC	IBAN	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kontoinhaber <input type="text"/>		
Bei Zahlungen ins Ausland (nicht EU): SWIFTCode, Adresse der Bank		
Ort, Datum <input type="text"/>		Unterschrift <input type="text"/>

Mail invoice and claim form to:

From the US:

MedCare International, Inc.
12480 West Atlantic Boulevard, Suite 2
Coral Springs, FL 33071
USA
Attention to Mrs Lacroix

From all other countries:

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Abt. RLK, Schadenregulierung
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
Germany

Claim Form		Insurance number:	
Name of participant:			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Address in the home country:			
Street			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
City, Zip		Telephone	
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	
E-Mail			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
insured period			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
The above-mentioned person's claim is for:			
(Please mark with an X where appropriate.)			
<input type="checkbox"/> Sickness		(Original bills for <input style="width: 150px;" type="text"/> are enclosed.)	
<input type="checkbox"/> Reason of treatment		<input style="width: 150px;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Third-party-damages			
The bill should be paid to:			
(Please mark with an X where appropriate.)			
<input type="checkbox"/> Physician		<input type="checkbox"/> Dentist	
<input type="checkbox"/> Hospital		<input type="checkbox"/> Program Participant/parents	
		(if the bill was already paid)	
BIC	IBAN		
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
bank account information			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
For payment abroad (non EU) please note: SWIFTCode, bank address			
City, Date		Signature	
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	