



Bitte ausgefüllt versenden an:  
**Schadenregulierungsstelle Roland Assistance GmbH, Deutz-Kalker Str. 46, 50664 Köln**

<b>Allgemeine Angaben des Patienten</b> (Versicherungsnehmer)	Vorname, Name	Geburtsdatum	Versich.-Nr. (Travel Card Nr.)
	Straße / Haus-Nr.		Schaden-Nr.
	PLZ / Wohnort		Telefon (tagsüber erreichbar)

**Diagnose**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Weitere Angaben**

Wann wurde die Diagnose gestellt bzw. wann ereignete sich der Unfall? .....

Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmals der Arzt aufgesucht? .....

Bestand Reiseunfähigkeit?      Nein       Ja  vom / bis .....

Stationäre Behandlung?      Nein       Ja  vom / bis .....

Bestand die Krankheit schon längere Zeit?      Nein       Ja  seit dem .....

Traten Komplikationen auf? Wenn ja welche? .....

.....

.....

.....

.....

<b>Allgemeine Angaben zum Arzt</b>	Arztpraxis / Name, Anschrift	Tel.-Nr.
	.....	eMail-Adresse

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Arztes / Stempel