

Reise-Krankenversicherung und Incoming-Krankenversicherung

Wenn ein Versicherungsfall eingetreten ist, benötigen wir für eine sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht Ihre Mithilfe. Daher füllen Sie die Schadenanzeige bitte sorgfältig mit allen benötigten Angaben aus und fügen die erforderlichen Belege bei, um uns eine schnelle Bearbeitung Ihres Schadens zu ermöglichen.

Akten-Nummer (wird von MDT vergeben):

Bitte senden Sie die vollständig ausgefüllten Unterlagen an:

MDT Makler
der Touristik GmbH
Assekuranzmakler
Daimlerstraße 1k
63303 Dreieich
leistung@mdt24.de
Fax: +49 (0) 180 50 147-43

A Allgemeine Angaben

Name / Vorname der versicherten Person

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Telefon mit Vorwahl (geschäftlich)

Telefon mit Vorwahl (privat)

E-Mail-Adresse

Bitte Name und Anschrift des berechtigten Empfängers der Versicherungsleistung angeben:

Kontoinhaber

Name und Anschrift des Kreditinstituts

Bankleitzahl

Kontonummer

Bitte unbedingt bei Überweisung außerhalb Deutschlands angeben:

IBAN-Nr.

BIC-Code

Versicherungsnummer

Wann und wo wurde die Versicherung erworben?

Bitte reichen Sie uns Ihren Versicherungsnachweis ein (z. B. Prämienrechnung, Kontoauszug mit abgebuchter Prämie und ausgewiesenem Versicherungstarif, Buchungsbestätigung mit Versicherungsabschluss, Kopie der Kreditkarte u.s.w.)

B Angaben zur versicherten Reise

Was war der Anlass der Reise?

Urlaubsreise

Geschäftsreise

Wie wurde die Reise geplant?

Reiseveranstalter

selbst organisiert / privat

Geplante Dauer der Reise

Datum von

bis

Tatsächlicher Beginn

Datum

Uhrzeit

Tatsächliches Ende

Datum

Uhrzeit

Termin der Einreise

(Bitte einen Nachweis beifügen) Datum

Anschrift am Ort der Erkrankung / des Unfalls, Reise-/Urlaubsland

Besteht im Land der Erkrankung / des Unfalls ein (Zweit-)Wohnsitz? Ja Nein

6. Bitte führen Sie detailliert die entstandenen Kosten auf:

Hierzu sind alle Rechnungen entweder im Original oder in Fotokopie mit dem Erstattungsvermerk eines anderen Versicherers vorzulegen

Name d. Rechnungstellers bzw. Arztes	Rechnungsart*	Rechnungsdatum	Fremdwährung	Umrechnungskurs	EURO	Bereits bezahlt?	
						Ja	Nein

* z. B. für Behandlung oder Medikamente

Wurden die Rechnungen bereits bezahlt (bar, Kreditkarte o.ä.)? (Bitte Belege beifügen) Ja Nein

Bei Barzahlung bitte Währung angeben.

7. Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung geleistet? Ja Nein

7.1. Wenn ja, von wem?
Name, Anschrift

7.2. In welcher Höhe? EUR

7.3. Wenn (noch) nicht geleistet wurde, ist eine Entschädigung beantragt? Ja Nein

7.4. Wenn ja, bei wem?
Name, Anschrift

Wichtiger Hinweis

Bei Tarifen mit Selbstbehalt trägt die versicherte Person einen bedingungs-gemäßen Eigenanteil. Dieser entfällt vollständig wenn ein Tarif ohne Selbstbeteiligung gebucht wurde.

D Angaben zu anderen Versicherungen

1. Bei welcher Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung ist die erkrankte /verletzte Person versichert?

Bitte Name, Anschrift und Versicherungsnummer /Mitgliedsnummer angeben

2. Besteht eine private Zusatzversicherung mit Auslandskrankenschutz für die erkrankte /verletzte Person? Ja Nein

Wenn ja, bitte Name, Anschrift und Versicherungsnummer des Versicherungsunternehmens angeben

3. Besitzt die erkrankte /verletzte Person eine Kreditkarte mit Kranken-, Soforthilfe-Versicherung? Ja Nein

Wenn ja, bitte Kreditkarten-/Versicherungsunternehmen, Kreditkartennummer, ausgebendes Kreditinstitut (Bank, Sparkasse) angeben.

4. Ist für die erkrankte /verletzte Person ein Autoreise-Schutzbrief (ADAC, AVD, o.ä.) abgeschlossen worden? Ja Nein

Wenn ja, bitte Fotokopie des Versicherungsscheines beifügen.

5. Besteht eine Mitgliedschaft in einem gemeinnützigen Rettungsunternehmen (z.B. Malteser, Deutsches Rotes Kreuz)? Ja Nein

Wenn ja, bitte Name, Anschrift und Mitgliedsnummer angeben.

6. Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal Kosten bei einer Reise-Krankenversicherung geltend gemacht? Ja Nein

Wenn ja, wann und bei welcher Gesellschaft? Was war damals passiert?

1. Schweigepflichtentbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass die Versicherer und die für die Schadenbearbeitung beauftragte MDT Makler der Touristik GmbH Assekuranzmakler Gesundheitsdaten erheben darf, wenn diese für die Beurteilung ihrer Leistungspflicht erforderlich sind und ich in die Datenerhebung eingewilligt habe.

Daher gebe ich folgende Schweigepflichtentbindungserklärung ab (bitte ankreuzen):

Ja, zu dem oben genannten Zweck entbinde ich hiermit die von mir unter C 2.4. und D dieses Formulars benannten Ärzte und Versicherer sowie die Aussteller der unter C 6. angegebenen Rechnungen von ihrer Schweigepflicht. Die Mitarbeiter des Versicherers entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an diese beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus und ist jederzeit widerrufbar.

Nein, eine Schweigepflichtentbindungserklärung gebe ich derzeit nicht ab. Statt dessen werde ich im Einzelfall schriftlich erklären, ob ich die entsprechenden Personen bzw. Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Schadensregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit der Versicherer führen kann, sofern sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen deren Leistungspflicht nicht oder nur teilweise ermitteln lässt.

2. Abtretungserklärung

Meine Forderungen aus diesem Schaden gegen die gesetzliche oder private Krankenversicherung trete ich bis zur Höhe des gezahlten Betrages an die auf der Versicherungsbestätigung genannten Krankenversicherer ab.

3. Erklärung zur Wahrheitspflicht

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn diese Angaben für die Schadensfeststellung folgenlos geblieben sind.

Ort

____|____|____|____|____

Datum

Unterschrift der versicherten Person