SCHADENANZEIGE

mdt travel
MDT travel underwriting GmbH

Reise-Krankenversicherung und Incoming-Krankenversicherung

Wenn Sie aus Ihrer Reiseversicherung Ansprüche geltend machen, benutzen Sie bitte das nachfolgende Formular. Um Verzögerungen zu vermeiden, bitten wir Sie, die entsprechenden notwendigen Unterlagen vollständig einzureichen. Sie kommen unserer Bearbeitung entgegen, wenn Sie die Unterlagen nicht zusammenheften oder klammern. Vielen Dank.

Bitte senden Sie die vollständig ausgefüllten Unterlagen an:
MDT travel underwriting GmbH, Walther-von-Cronberg-Platz 6, 60594 Frankfurt am Main
E-Mail: leistung@mdt24.de, Fax: +49 (0)6103 70649-201

Immer einzureichende Anlagen (!)

Bitte reichen Sie zu allen Versicherungsfällen zusätzlich zu der ausgefüllten Schadenanzeige folgende Unterlagen ein:

☐ **Beigefügt:**

☐ Buchungsbestätigung/Rechnung des Reiseveranstalters oder der gebuchten Reise

☐ Versicherungsnachweis/Buchungsbestätigung der Versicherung

☐ Zur Überweisung des eventuellen Erstattungsbetrages die Bankverbindung des Empfängers

☐ Sämtliche zur Ermittlung der Schadenhöhe notwendigen Unterlagen im Original

☐ Vollständige Adressangaben der versicherten Person bzw. der bevollmächtigten Person (siehe Seite 1 der Schadenanzeige)

Optional einzureichende Anlagen je nach Versicherungsfall

Bitte reichen Sie zu Versicherungsfällen der Sparte Reise-Krankenversicherung und Incoming-Krankenversicherung ggf. zusätzlich folgende Unterlagen ein:

☐ **Beigefügt:**

☐ Als Kostennachweise sind bezahlte Originalbelege einzureichen, die folgende Angaben enthalten müssen:

- Name und Anschrift des Patienten
- Name und Anschrift des Behandlers / Arztes
- Krankheitsbezeichnung
- Behandlungszeitraum
- Einzelleistungen des Arztes / Krankenhauses
- Bei Rezepten genaue Bezeichnung des Medikaments, Preis und Stempel der Apotheke
- Genaue Bezeichnung der ausländischen Währung

☐ Rechnungskopie Ihrer gesetzlichen Krankenkasse, falls diese bereits Leistungen erbracht hat

☐ Kopien der Einreisedokumente oder Flugtickets oder Fahrscheine (gilt nur bei Incoming)

Bitte beachten Sie:

Uns ist, genau wie Ihnen, an einer schnellen und reibungslosen Bearbeitung Ihrer Schadenmeldung gelegen. Wir können dies nur gewährleisten, wenn alle zur Prüfung erforderlichen Unterlagen vollständig eingereicht werden.

Bei Rückfragen hilft Ihnen das MDT Service Center in den Service Zeiten montags bis freitags von 09.00 bis 18.00 Uhr gerne unter +49 (0) 6103 70649-150 weiter.

100-256-0114

SCHADENANZEIGE

mdt travel
MDT travel underwriting GmbH

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):

A Allgemeine Angaben

Name / Vorname der versicherten Person

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Geburtsdatum

Telefon mit Vorwahl (geschäftlich)

Telefon mit Vorwahl (privat)

E-Mail-Adresse (bei Angabe einer E-Mail-Adresse erfolgt die gesamte Korrespondenz i.d.R. auch per E-Mail)

Bitte Name und Anschrift des berechtigten Empfängers der Versicherungsleistung angeben:

Kontoinhaber

Name und Anschrift des Kreditinstituts

Konto-Nr.

BLZ

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 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

Korrespondenz und Rückfragen über: (bitte ankreuzen)

☐ versicherte Person

Name versicherte Person

ODER

☐ bevollmächtigte Person

Name bevollmächtige Person (z. B. Mitarbeiter Reisebüro)

ggf. Firmenname (z. B. Reisebüro)

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Rufnummer

E-Mail

Hiermit bin ich mit der Korrespondenz über andere Personen als mich einverstanden:

X

Unterschrift vers. Person bzw. Versicherungsnehmer

Wichtiger Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die Korrespondenz im Schadenfall nur mit den betroffenen Personen oder den entsprechend bevollmächtigten Personen geführt werden kann.

Wichtiger Hinweis

Die MDT travel underwriting GmbH wird von mir/uns ermächtigt, diese Kontodaten ggf. um die notwendigen Angaben zu IBAN und / oder BIC zu ergänzen.

C Angaben zum Versicherungsfall

1. Tag des Krankheitsbeginns bzw. Unfalls Datum

2. Erkrankung

2.1. Art der Erkrankung (Bitte genaue Krankheitsbezeichnung mit Krankheitsverlauf angeben.)

2.2. Wie lautet die vom Arzt vor Ort gestellte Diagnose

ICD10-Code: –

2.3. Seit wann bestehen die Beschwerden und wann und durch wen wurden diese erstmals behandelt?

2.4. Bei welchen Ärzten stand die erkrankte Person in den letzten 12 Monaten vor Reiseantritt in Behandlung?
Wer übernimmt die Weiterbehandlung nach der Rückkehr? (Bitte jeweils Name und Anschrift sowie Behandlungszeitraum und Diagnose angeben. Reicht der Raum nicht aus, bitte gesondertes Blatt beifügen.)

3. Unfall

3.1. Wurde der Unfall durch Dritte verursacht? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte Name und Anschrift des Unfallverursachers und dessen Haftpflichtversicherung angeben.

3.2. Waren noch andere Personen am Unfall beteiligt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte Name(n) und Anschrift(en) der Person(en) angeben.

3.3. Gibt es Zeugen für den Unfall? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte Name(n) und Anschrift(en) der Person(en) angeben.

3.4. Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen? (ggf. Polizeiprotokoll einreichen) ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte Dienststelle, Ort und Aktenzeichen angeben.

4. Stationäre Behandlung und/oder Krankenrücktransport

4.1. Fand eine stationäre Behandlung statt? (Wenn ja, bitte Befundbericht beifügen) ☐ Ja ☐ Nein

Datum von bis Ort

4.2. Wie hat die versicherte Person die Rückreise angetreten? ☐ wie zu Beginn der Reise geplant

☐ Krankenwagen ☐ Flugzeug ☐ Ambulanzflug ☐ Stretcher ☐ Sonstiges

4.3. Wurde unsere Notrufzentrale eingeschaltet? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn nein, bitte Begründung angeben.

5. Todesfall

5.1. Wann ist die versicherte Person verstorben? (ggf. Sterbeurkunde beifügen) Datum

5.2. Worin lag die Todesursache?

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
sdnfmdnm						☐	☐
						☐	☐
						☐	☐
						☐	☐
						☐	☐
						☐	☐

* 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

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?

Wichtiger Hinweis

Bei einem Versicherungsprodukt mit Selbstbehalt trägt die versicherte Person einen bedingungsgemäßen Eigenanteil. Dieser entfällt vollständig wenn das Versicherungsprodukt ohne Selbstbeteiligung gebucht wurde.

E Erklärungen der versicherten Person

1. Schweigepflichtentbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass die Versicherer und die für die Schadenbearbeitung beauftragte MDT travel underwriting GmbH 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.

		X
Ort	Datum	Unterschrift der erkrankten Person

SCHADENANZEIGE

mdt travel
MDT travel underwriting GmbH

Hinweis über die Folgen von Obliegenheitsverletzungen nach dem Versicherungsfall

Belehrung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir als Schadenregulierungsbevollmächtigte des Versicherers Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen kann der Versicherer von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht des Versicherers insoweit ermöglichen, als Sie alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Der Versicherer kann ebenfalls verlangen, dass Sie uns bzw. dem Versicherer Belege/Dokumente zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie vorsätzlich die verlangten Belege/Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung.
Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber der Versicherer kann seine Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von seiner Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten verpflichtet.

Ort | Datum

X

Unterschrift versicherte Person

Schlusserklärungen

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die vorstehenden Hinweise gemäß § 28, Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes über die Folgen von Obliegenheitsverletzungen nach Eintritt des Versicherungsfalles habe ich zur Kenntnis genommen.

Des Weiteren trete ich meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher/Haftpflichtigen bzw. gegen meine gesetzliche Krankenkasse/private Krankenversicherung oder andere zur Leistung verpflichteten Versicherungsgesellschaften in Höhe der von dem durch MDT vertretenen Versicherer gezahlten Leistungen an den Versicherer ab.

Ort | Datum

X

Unterschrift versicherte Person