SCHADENANZEIGE

mdt travel
MDT travel underwriting GmbH

Reise-Rücktrittskosten- und Reiseabbruch-Versicherung

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
- ☐ **Für TUI Card Inhaber:**
  – dass und ab wann die TUI Card im Buchungsvorgang eingetragen ist
  – Versicherungsnachweis/Buchungsbestätigung der Versicherung für TUI CARD Inhaber, die die TUI CARD Zusatzversicherung für erhöhten Reisepreis abgeschlossen haben
- ☐ 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-Rücktrittskosten- und Reiseabbruch-Versicherung ggf. zusätzlich folgende Unterlagen ein:

- ☐ **Beigefügt:**
- ☐ Sämtliche Stornierungsunterlagen im Original
- ☐ Bezahlte Original-Kostennachweise
- ☐ Bei Krankheit, Unfall, etc. die vollständig ausgefüllte ärztliche Bescheinigung (bei der Reiseabbruch-Versicherung zusätzlich Nachweis über Behandlung am Reiseort)
- ☐ Bei Todesfall eine Kopie der Sterbeurkunde
- ☐ Bei Schaden am Eigentum einen Nachweis durch Polizei, Feuerwehr o.ä.
- ☐ Bei Arbeitsplatzverlust eine Bescheinigung des Arbeitgebers über die unerwartete betriebsbedingte Kündigung (gilt nur bei Reise-Rücktritt)
- ☐ Bei Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses eine Kopie des neuen Arbeitsvertrages sowie ein Nachweis der Bundesagentur für Arbeit über die bestehende Arbeitslosigkeit zum Zeitpunkt der Reisebuchung (Kopie Bewilligungsbescheid) sowie deren Zustimmung zur Buchung der Reise (gilt nur bei Reise-Rücktritt)
- ☐ Bei Arbeitgeberwechsel Bescheinigungen des alten und neuen Arbeitgebers inkl. des Nachweises zur Probezeit (gilt nur bei Reise-Rücktritt)
- ☐ Bei notwendigen Wiederholungen von nicht bestandenen Prüfungen oder Nachprüfungen eine Bescheinigung der Universität/Fachhochschule/College/Schule (gilt nur bei Reise-Rücktritt)
- ☐ Bei Nichtversetzung eine Kopie des Zwischenzeugnisses sowie des Abschlusszeugnisses bzw. eine entsprechende Bescheinigung der Schule (gilt nur bei Reise-Rücktritt)
- ☐ Bei Reiseabbruch oder verspätetem Reiseantritt Nachweis des Reiseveranstalters über den anteiligen Reisepreis für nicht genutzte Reiseleistungen vor Ort (ggf. Nachweis, ob durch den Reiseveranstalter/Vermieter eine Rückerstattung erfolgt ist)
- ☐ Bei Reiseabbruch oder verspätetem Reiseantritt Originalbelege der entstandenen Mehrkosten
- ☐ Bei Inanspruchnahme der Lehrer-/Gruppenleiterausfall-Versicherung eine entsprechende Bescheinigung (z. B. von der Schule), dass durch den Ausfall der Begleitperson die vorgeschriebene Mindestteilnehmerzahl an Begleitpersonen unterschritten wurde
- ☐ Bei Inanspruchnahme der Teilnehmerausfall-Versicherung eine Bescheinigung des Reiseveranstalters über die durch den Ausfall einer oder mehrerer versicherten Personen entstandenen Mehrkosten
- ☐ Bei allen anderen Versicherungsfällen die entsprechenden Nachweise

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.

100-387-0917

SCHADENANZEIGE

mdt travel
MDT travel underwriting GmbH

Reise-Rücktrittskosten- und Reiseabbruch-Versicherung

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 oder SIS-Genehmigungsnummer (wird von MDT vergeben):

A Angaben zu den Reiseteilnehmern

Name / Vorname

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 per E-Mail)

Name/Vorname des Reiseanmelders/versicherte Person

Geburtsdatum

☐ Weitere Teilnehmer gem. beigefügter Buchungsbestätigung

Kontoinhaber

Name und Anschrift des Kreditinstituts

Konto-Nr.

BLZ

IBAN-Nr.

BIC-Code

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.

Abtretungserklärung

Hiermit trete ich endgültig und unwiderruflich an erster Stelle meine Schadenersatzansprüche aus dem mit dieser Anzeige gemeldeten Schadenereignis an folgendes Unternehmen ab.

Reisebüro / Reiseveranstalter

Anschrift

Ich weise an, die Entschädigungszahlung direkt an das oben genannte Unternehmen zu leisten.

X

Ort Datum Unterschrift der versicherten Person

Name und Anschrift des Kreditinstituts

Konto-Nr.

BLZ

IBAN-Nr.

BIC-Code

Wichtiger Hinweis

Bitte nur ausfüllen, wenn die Erstattungszahlung an ihr Reisebüro oder Ihren Reiseveranstalter direkt überwiesen werden soll und nicht an Sie ausgezahlt werden soll!

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.

100-387-0917

B Angaben zu weiteren Versicherungen

Besitzt/Besitzen die versicherte/n Person/en eine weitere ☐ Reise-Rücktrittskosten- oder ☐ Reiseabbruch-Versicherung ☐ Nein

1. Kreditkarte: Kartenart (MasterCard, VISA, American Express):

Kartennr.: Karteninhaber:

ausgebendes Kreditinstitut inkl. Anschrift:

ggf. ausgebendes Unternehmen (ADAC, Miles & More etc.)

Versicherer:

2. Jahresversicherung:
(Versicherer)

Versicherungsnr.: Versicherungsnehmer:

3. über eine Mitgliedschaft (ADAC, BAVC etc.): Name Verein:

Name Mitglied: Mitgliedsnr.:

Versicherer:

Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung geleistet? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, von wem?
Name, Anschrift

In welcher Höhe EUR

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

Wenn ja, bei wem?
Name, Anschrift

Wichtiger Hinweis
Bitte vollständig und lesbar ausfüllen.

C Angaben zum Versicherungsfall

1. Warum wurde die Reise storniert, unterbrochen oder abgebrochen?

1.1. ☐ Unerwartete schwere Erkrankung ☐ Schwangerschaft ☐ Impfunverträglichkeit ☐ Tod
☐ Bruch einer Prothese oder Lockerung eines implantierten Gelenks
☐ Unfall Unfalltag Unfallort

Wurde der Unfall durch Dritte verursacht? ☐ Ja ☐ Nein

Name und Anschrift des Unfallverursachers

Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name, Anschrift, Vertrags-Nr.)

1.2. ☐ Schaden am Eigentum durch:

1.3. ☐ Arbeitsaufnahme nach Arbeitslosigkeit ☐ unerwartete betriebsbedingte Kündigung
☐ konjunkturbedingte Kurzarbeit

1.4. ☐ Wiederholungsprüfung / Nachprüfung / Nichtversetzung 1.5. ☐ Arbeitgeberwechsel

1.6. ☐ Einreichung der Scheidungsklage 1.7. ☐ Gerichtliche Vorladung

1.8. ☐ Sonstiges:

2. Wer hat den Versicherungsfall ausgelöst?

2.1. Einer der Reiseteilnehmer? ☐ Ja ☐ Nein
Name / Vorname

2.2. Ein nicht mitreisender Angehöriger? ☐ Ja ☐ Nein
Name / Vorname

Wie verwandt mit dem Reiseteilnehmer? Bitte Nachweis beifügen.

2.3. Eine Betreuungsperson? ☐ Ja ☐ Nein
Wer hätte während der Reise betreut werden sollen?

3. Stornierung

3.1. Wann ist das Ereignis eingetreten, das zur Stornierung geführt hat? Datum

3.2. Wann wurde die Reise storniert? Datum
Wenn die Reise nicht unverzüglich storniert wurde, geben Sie bitte die Begründung für die Verzögerung an.

3.3. Wurde der Storno-Informations-Service in Anspruch genommen? ☐ Ja ☐ Nein

3.4. Wann wurde die Versicherung abgeschlossen bzw. Datum an dem die TUI Card in den Vorgang aufgenommen wurde? Datum
Wenn nicht zusammen mit der Reisebuchung, bitte Begründung angeben.

Wichtiger Hinweis
Bitte legen Sie den Unfallbericht bei

Wichtiger Hinweis
Die versicherte Person ist verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles die Reise unverzüglich zu stornieren, um die Stornokosten möglichst niedrig zu halten.

Der Storno-Informations-Service informiert bei Unsicherheit, ob und wann eine Reise storniert werden sollte.

4. Stornokosten

Die Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters beträgt _____ EUR

Das entspricht wieviel Prozent des gebuchten Reisepreises? _____ %

5. Nur bei Inanspruchnahme der Reisegarantie bei Verlust des Arbeitsplatzes (Bitte unbedingt auch Punkt C2 ausfüllen)

5.1 Wird die Reisegarantie aufgrund von Verlust des Arbeitsplatzes in Anspruch genommen? ☐ Ja ☐ Nein

5.2 Wann wurde die betriebsbedingte Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber ausgesprochen?

Datum _____

5.3 Höhe des Reisepreises _____ EUR Höhe der geleisteten Anzahlung _____ EUR

Höhe der geleisteten Restzahlung _____ EUR

Wichtiger Hinweis

Versichert sind die dem Reiseveranstalter (ggf. Fluglinie, Ferienhausvermieter, Hotel o.ä.) vertraglich geschuldeten Stornogebühren und das in Rechnung gestellte Vermittlungsentgelt.

Wichtiger Hinweis

Die Erstattung erfolgt nach durchgeführter Reise!

Nur bei Reiseabbruch-Versicherungsschaden auszufüllen

6. Sind Kosten durch den Reiseabbruch bzw. durch die Unterbrechung der Rundreise angefallen? Wenn ja, welche?

(Bitte entsprechende Nachweise / Rechnungen beifügen)

Wichtiger Hinweis

Nicht versichert sind: Telefonkosten, Kurtaxe, Visagebühren, etc.

7. Aufstellung der nicht in Anspruch genommenen Reiseleistungen bei Reiseabbruch bzw. Unterbrechung

(Bitte entsprechende Nachweise / Rechnungen beifügen)

Wichtiger Hinweis

Die Reise gilt an dem Tag als abgebrochen, an dem die außerplanmäßige Heimreise angetreten wird.

8. Aufstellung der entstandenen Mehrkosten bei verlängertem Aufenthalt

(Bitte entsprechende Nachweise / Rechnungen beifügen)

D Angaben zur Reise

Reiseveranstalter _____ Reiseziel _____

Die Reise wurde gebucht am _____ Geplanter Reisebeginn _____ Geplantes Reiseende _____

Verspäteter Reiseantritt _____ Reiseabbruch _____ Reiseunterbrechung von _____ bis _____

☐ Flugreise ☐ Bahnreise ☐ Ferienwohnung / Hotel

☐ Busreise ☐ Schiffsreise

Sonstige: _____

E Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie Schweigepflichtentbindungserklärung

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die MDT travel underwriting GmbH.

☐ Ich willige ein, dass die MDT travel underwriting GmbH die im Rahmen des eingereichten Leistungsfalles mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der MDT.

Mir ist bekannt, dass die Versicherer und die mit der Schadenbearbeitung beauftragte MDT travel underwriting GmbH Gesundheitsdaten bei Ärzten und Krankenhäusern erheben dürfen, 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, ich erkläre mich einverstanden, dass sich die Versicherer und MDT travel underwriting GmbH bei Rückfragen direkt an den Arzt bzw. das Krankenhaus wenden, der / das die diesem Schadensformular beigefügte „Ärztliche Bescheinigung“ ausgestellt hat. 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. Diese Erklärung gebe ich auch für meine etwaig mit versicherten Kinder sowie alle weiteren gesetzlich vertretenen Personen ab, welche die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

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

X _____

Ort Datum Unterschrift der erkrankten Person

F Einwilligung in die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail bei der Regulierung eines Leistungsfalls

☐ Einwilligung in die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail bei der Regulierung meines Leistungsfalls.
Mir ist bekannt, dass beim E-Mail-Versand unter Umständen unbefugte Dritte vom Inhalt Kenntnis nehmen können.

Ich willige ein, dass die Kommunikation über meine E-Mail-Adresse _____

per unverschlüsselter E-Mail bei der Regulierung meines Leistungsfalls erfolgt. Diese Einwilligung erstreckt sich ausdrücklich auch auf Gesundheitsdaten. Ich kann diese Einwilligung jederzeit unter leistung@mdt24.de oder 06103 / 70649 - 150 widerrufen.

Wir informieren Sie zudem hiermit, dass zur Geltendmachung und zur Abwehr von Regressansprüchen bezüglich des Leistungsfalles persönliche (Gesundheits-) Daten im erforderlichen Umfang von Privatversicherern sowie gesetzlichen Krankenkassen erhoben und an Privatversicherer, Unfallverursacher, Reiseveranstalter, Fluggesellschaften, Vermittler sowie Reedereien übermittelt werden können. Um die Geltendmachung eines Regressanspruches handelt es sich z. B.wenn die MDT Behandlungskosten erstattet und diese Kosten teilweise bei einem Privatversicherer, bei dem der Versicherungsnehmer ebenfalls versichert ist, geltend macht. Um die Abwehr eines Regressanspruches handelt es sich, wenn ein anderer Privatversicherer im umgekehrten Fall Kosten bei der MDT geltend macht.

Erklärungen für mitversicherte Personen.

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Mir ist bekannt, dass es zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann, wenn ich die genannten Erklärungen nicht abgebe.

		X
Ort	Datum	Unterschrift des Antragstellers

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. 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

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

mdt travel
MDT travel underwriting GmbH

Reise-Rücktrittskosten- und Reiseabbruch-Versicherung

Akten-Nummer (wird von MDT vergeben):

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,
bei uns werden Ansprüche aus der Reise-Rücktrittskosten- bzw. Reiseabbruch-Versicherung geltend gemacht. Um die Rechtmäßigkeit dieser Ansprüche beurteilen zu können, bitten wir Sie, diese ärztliche Bescheinigung möglichst komplett und den medizinischen Tatsachen entsprechend objektiv auszufüllen, so dass eine schnelle und abschließende Beurteilung / Bearbeitung möglich ist. Bei unvollständigen Angaben kann es zu Nachfragen und zusätzlichen Aufwänden kommen. Dies gilt auch, wenn es sich um einen nicht mitreisenden Angehörigen oder eine Betreuungsperson handelt. Die bei uns versicherten Personen sind gemäß den Versicherungsbedingungen verpflichtet, die behandelnden Ärzte vollumfänglich von ihrer Schweigepflicht zu entbinden. Die Kosten für diese Bescheinigung sind von dem / der Versicherten zu tragen. Zur Klärung medizinischer Sachverhalte werden Sie ggf. von unseren Vertrauensärzten kontaktiert. Für Ihre Bemühungen danken wir Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen,
MDT travel underwriting GmbH

Name des Patienten

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Geburtsdatum

Krankenkasse

Versichertennummer

1. Genaue Diagnose, die zur Reiseunfähigkeit führte:

ICD10-Code: _

2. Zeitliche Einordnung

2.1. Wann erkrankte der Patient / die Patientin? Wann war der Unfall? Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt? Datum

2.2. Wann wurde der erste Behandlungstermin vereinbart? Datum

2.3. Wann erfolgte die erste Behandlung der Beschwerden / Symptome, die zu dieser Diagnose führten? Datum

2.4. Konnte zu diesem Zeitpunkt in Anbetracht der gestellten Diagnose / der vorliegenden Beschwerden nach objektiver ärztlicher Beurteilung noch sicher mit dem planmäßigen Antritt der Reise gerechnet werden? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, ab wann konnte nicht mehr sicher mit dem planmäßigen Reiseantritt gerechnet werden? Datum
Bitte Begründung für zeitliche Verschiebung/Verzögerung in einer Anlage beifügen.

3. Medikation und therapeutische Maßnahmen

Anzahl der Behandlungstermine

4. War eine stationäre Behandlung nötig? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann und wo?

5. Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt? ☐ Ja ☐ Nein

Name, Anschrift Facharzt

6. Bestand Arbeitsunfähigkeit? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, von bis

☐ Es wurde keine AU-Bescheinigung ausgestellt. Bitte Begründung angeben.

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

Versicherte Person
(wenn nicht Patient)

Vorname

Name

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

E-Mail

Wichtiger Hinweis
Nur bei vorliegender ärztlicher Begründung bei einer zeitlichen Verzögerung/ Verschiebung ist eine abschließende Bearbeitung möglich.

Wichtiger Hinweis
Bitte auch Kopie des Krankenhausaufnahme und -entlassungsberichtes beifügen.

Wichtiger Hinweis
Bitte Kopie der vom Arbeitgeber bestätigten AU-Bescheinigung beifügen.

100-387-0917

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

mdt travel
MDT travel underwriting GmbH

7. Krankheits- und Behandlungsverlauf

7.1. Handelt es sich um eine Erkrankung, die seit längerer Zeit besteht? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn **ja**, seit wann? Datum

7.2. Wann ist die gravierende Verschlechterung eingetreten? Datum

7.3. Wann erfolgte die letzte Behandlung aufgrund dieser Erkrankung? Datum

Handelt es sich um eine chronische Erkrankung? ☐ Ja ☐ Nein

7.4. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn **ja**, nennen Sie uns bitte die Diagnose bzw. den ICD10-Code der Vorerkrankung

Wichtiger Hinweis
Bitte genaue Daten und Art der Behandlung sowie Arztberichte beifügen.

7.5. Welche Behandlungen wurden aufgrund dieser Erkrankung durchgeführt?

Behandlung	Behandlungsdatum

Wichtiger Hinweis
Bitte entsprechenden ärztlichen Nachweis beifügen

8. Reisefähigkeit zur Zeit der Buchung

8.1. Bestanden zur Zeit der Reisebuchung ärztlicherseits Bedenken gegen den Antritt der Reise? ☐ Ja ☐ Nein

8.2. Wurden Sie als Arzt danach gefragt? Ja, am ☐ Nein

8.3. Durfte der Patient bei Buchung der Reise sicher mit planmäßigen Antritt der Reise rechnen? ☐ Ja ☐ Nein

X

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift
des behandelnden Arztes