

5. Angaben zum Krankheitsverlauf oder Unfallgeschehen:



Bitte reichen Sie bei Krankheit den Arzt- bzw. Befundbericht, bei einem Unfall zusätzlich den Unfallbericht (sofern vorhanden) in Kopie ein.

Schildern Sie bitte mit eigenen Worten den Beginn der Beschwerden und den weiteren Verlauf, bei Unfall den Unfallhergang:

▶ Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.

Multiple horizontal grey bars for text entry.

Wann trat die Erkrankung erstmalig auf?

am | | | | 2 | 0 | | |

um | : | | | Uhr

Wie lautete die vom Arzt gestellte Diagnose?

Horizontal grey bar for text entry.

Wurden Sie im Reiseland stationär behandelt?

Nein

Ja

vom | | | | 2 | 0 | | |

bis | | | | 2 | 0 | | |

Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

▶ Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei!

Ging der stationären Behandlung eine ambulante Behandlung (z. B. durch den Hotelarzt) voraus?

Nein

Ja

Wurden Sie aufgrund dieser Erkrankung schon einmal vor Ihrer Reise / Ihrem Aufenthalt behandelt?

Nein

Ja

Falls Ja, Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Bei welchem Arzt waren Sie nach der Rückkehr von Ihrer Reise / Ihrem Aufenthalt zur Nachbehandlung?

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

6 Zusätzliche Angaben bei einem Unfall:

Unfallort

Unfalltag | | | | 2 | 0 | | |

um | : | | | Uhr

Vorname / Name des Unfallverursachers

Anschrift des Unfallverursachers

Gab es Zeugen, die den Unfall beobachtet haben?

Nein

Ja

Herr Frau

Vorname / Name 1. Zeuge

Anschrift

Herr Frau

Vorname / Name 2. Zeuge

Anschrift

Wurde der Unfall durch die Polizei aufgenommen?

▶ Bitte ggf. Polizeiprotokoll beilegen.

Nein

Ja

Falls Ja, Name und Ort der Polizeidienststelle

Aktenzeichen

Schadensnummer

_____ - _____

7. Angaben zu Begleitpersonen:

► Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.

Herr Frau _____
Vorname / Name 1. Begleitperson

Anschrift
 Herr Frau _____
Vorname / Name 2. Begleitperson

Anschrift

8. Angaben zu weiteren Versicherungsverträgen:

In welcher gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung sind Sie Mitglied?

Name der Krankenkasse / Krankenversicherung

Mitgliedsnummer

Anschrift der Krankenkasse / Krankenversicherung

Falls Sie gesetzlich versichert sind: Besteht eine private Zusatzversicherung für stationäre Krankenhausaufenthalte?

Nein Ja

Falls Ja, Name der privaten Zusatzversicherung

Versicherungsschein-Nr.

Anschrift der privaten Zusatzversicherung

Bitte geben Sie hier – wenn Sie gesetzlich versichert sind – den von Ihnen gewählten Tarif an, sofern dieser vom Standard-Tarif abweicht:

Besteht eine weitere Kranken- oder Rückholversicherung mit Auslandsschutz (z. B. über die gesetzliche Krankenversicherung, eine Kreditkarte oder Mitgliedschaft bei ADAC, Rotes Kreuz etc.)?

Nein Ja

Falls Ja, Name der Gesellschaft / Vereinigung

Mitglieds- bzw. Kreditkartennummer

Anschrift der Gesellschaft / Vereinigung

Haben Sie bei einer anderen Stelle (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle etc.) einen weiteren Erstattungsantrag gestellt?

► Bitte ggf. Erstattungsnachweis einreichen.

Nein Ja

Besteht eine private Unfallversicherung?

Nein Ja

Falls Ja, Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsschein-Nr.

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

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

Nein Ja

Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft

Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft

Ich versichere, dass vorstehende Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich habe davon Kenntnis, dass arglistig getätigte unwahre und unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsanspruchs führen, auch wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Meine Forderungen aus diesem Schaden gegen die gesetzliche oder private Krankenversicherung trete ich bis zur Höhe des gezahlten Betrages an die Mondial Assistance ab.

Schweigepflichtentbindung

► Bitte beachten Sie als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland auch die Rückseite!

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruchs mache. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit – für die Zukunft jederzeit widerrufbar – die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Mondial Assistance International S.A., insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen über meinen Tod hinaus. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden, ferner für die Angehörigen von anderen Unfall-, Kranken- und Reiserücktritt-Versicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen, einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten, befragt werden dürfen.

Ort / Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!)

Abtretungserklärung

Bitte vollständig ausfüllen, wenn Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland sind!

Hiermit trete ich,

▶ Bitte geben Sie bei Doppelnamen oder mehreren Familiennamen alle Namen an!

Herr Frau

meine Ansprüche gegen meine gesetzliche Krankenkasse

betreffend der Erkrankung / des Unfalls

an die Mondial Assistance International S.A., Ludmillastr. 26, 81543 München ab.