

Bitte legen Sie als Nachweis unbedingt eine ärztliche Bescheinigung mit Angabe der Diagnose und der genauen Behandlungsdaten für die Krankheit, Unfallverletzung und Schwangerschaft bei. Falls ein solches Attest noch nicht vorliegt, geben Sie bitte den anhängenden Vordruck an den behandelnden Arzt weiter.

4.1 Bei Krankheit:

Krankheitsbezeichnung

Beschwerden / Symptome

		Wann trat die Krankheit auf?	Wann wurde der Arzt aufgesucht?
		2 0	2 0
Ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	vom 2 0	bis 2 0
Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	vom 2 0	bis 2 0
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	vom 2 0	bis 2 0

Wann wurde der Arzt erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung befragt?

Wann wurde der Arzt erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung befragt?

Wann wurde der Arzt erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung befragt?

Wie war seine Beurteilung?

Befand sich der Patient wegen der gleichen oder einer ähnlichen Erkrankung schon früher in ärztlicher Behandlung?

Ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	vom 2 0	bis 2 0
Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	vom 2 0	bis 2 0

4.2 Bei Unfall:

Unfallort

Unfalltag

Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mitverursacht? (Falls Ja, bitte Unfallbericht beilegen!)

Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mitverursacht? (Falls Ja, bitte Unfallbericht beilegen!)

Vorname / Name des Unfallverursachers

Anschrift des Unfallverursachers

Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name)

Versicherungsschein-Nr.

Anschrift der Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers

Haben Sie dort Schadenersatz gefordert? (Falls Ja, bitte Korrespondenz beilegen!)

Haben Sie dort Schadenersatz gefordert? (Falls Ja, bitte Korrespondenz beilegen!)

5. Erklärung

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. Eventuelle Ansprüche gegen Dritte trete ich an Mondial Assistance ab. Bitte Name und Anschrift des berechtigten Empfängers der Versicherungsleistung angeben:

Anderer Empfänger: Vorname Name

Kontonummer Bankleitzahl Kreditinstitut

Bei Auslandsüberweisungen bitte zusätzlich angeben:

IBAN Swift- / BIC-Code

Soll die Erstattung eine andere Person als der (Reise-)Anmelder erhalten, ist das Einverständnis des (Reise-)Anmelders erforderlich.

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

Zur Bearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:

- Versicherungsnachweis
- (Reise-)Buchungsbestätigung
- Rücktrittskostenrechnung, ggf. Eintrittskarten im Original
- Nachweis zum Eintritt des Versicherungsfalls (Attest, Sterbeurkunde etc.)

Als Anlage beigefügt:

- Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein

Bei Reiseabbruch:

- Abrechnung des Veranstalters / Leistungsträgers über die nicht genutzten (Reise-)Leistungen
- Originalbelege der zusätzlichen Rückreisekosten, sofern versichert

Als Anlage beigefügt:

- Ja Nein
 Ja Nein

B. Krankheit / Unfall nicht reisender / teilnehmender Angehöriger

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum		

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Diagnose	ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)	
Wann trat die Krankheit auf? / Wann ereignete sich der Unfall?	<input type="text"/>	
	Datum	
Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	
	vom	
	bis	
Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des / der Patienten / Patientin angezeigt war?	<input type="text"/>	
	Datum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift des Arztes	Stempel des Arztes

C. Schwangerschaft der versicherten Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vorname	Name	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Reiseziel / Veranstaltungsort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Buchungsdatum	Reise- / Veranstaltungsbeginn	Reise- / Veranstaltungsende
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Schwangerschaftswoche	Errechneter Entbindungstermin

Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise / die Teilnahme an der Veranstaltung in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?	<input type="text"/>
Datum	Schwangerschaftswoche

Was war der Grund für diese Beurteilung?

Gab es zum o. g. Zeitpunkt Komplikationen? Nein Ja

Um welche Komplikationen handelte es sich?

Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	vom	bis

Sonstige Gründe:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift des Arztes	Stempel des Arztes

Schweigepflichtentbindung

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!)