

Schadensnummer

_____ - _____



Schadenmeldung Reiseunfall-Versicherung

Bitte vollständig ausfüllen!

Mondial Assistance International S.A.
Niederlassung für Deutschland
Schadenabteilung
Ludmillastr. 26 · 81543 München
Telefon: + 49 (0) 89 6 24 24 - 0
Telefax: + 49 (0) 89 6 24 24 - 222
E-Mail: sachschaden@mondial-assistance.de

1. Angaben zu Ihrer Person:

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

Herr Frau
Vorname(n)

Straße

PLZ

Land

Telefon privat

Geburtsdatum

Name(n)

Nummer / Adresszusatz

Ort

Beruf

Telefon tagsüber

E-Mail

2. Angaben zur Versicherung:

▶ Bitte reichen Sie Ihren Versicherungsschein, die Versicherungs- / Buchungsbestätigung mit Nachweis der Prämienzahlung (Quittung) und Ihre Reisebestätigung jeweils in Kopie ein!

Buchungsstelle / Reisebüro / Veranstalter (falls vorhanden)

Reise- / Aufenthaltsbeginn
_____ 2 0 _____
Reise- / Aufenthaltsende
_____ 2 0 _____

Versicherungsschein-Nr. (falls bekannt)

Versicherungsdauer (Tage)

3. Angaben zum Unfallgeschehen:

Unfallort

Unfalltag
_____ 2 0 _____
Unfallland

Uhrzeit
_____ Uhr

Schildern Sie bitte kurz den Unfallhergang:

▶ Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.

Was wird als Unfallursache angenommen?

Welcher Stelle haben Sie den Unfall gemeldet?

▶ Bitte reichen Sie entsprechende Nachweise (z. B. Polizeiprotokoll, Bestätigung der Reiseleitung o. ä.) ein!

Polizei (Ort und Anschrift der Dienststelle, ggf. Name des Ansprechpartners)

Staatsanwaltschaft (Ort und Anschrift, ggf. Name des Ansprechpartners)

Reise- / Hotelleitung, Campingplatz-Leitung oder sonstige Stelle (Name, Ort und Anschrift, ggf. Name des Ansprechpartners)

Welche Person / welcher Zeuge hat den Unfall beobachtet oder Sie / die versicherte Person zuerst nach dem Unfall gesehen?

Herr Frau
Vorname / Name

Anschrift

4. Angaben zu den Verletzungen und der Erstbehandlung:

 Bitte fügen Sie Befunde, ärztlich gestellte Diagnosen und Arztberichte anlässlich der Erstbehandlung bei.

Welche Verletzungen haben Sie / die versicherte Person erlitten:

[Empty text input area for injuries]

Wann begann die Erstbehandlung?

[Date input field] 2 | 0 | | | Datum

Welche Ärzte behandelten Sie / die versicherte Person im Reiseland?

[Empty text input area for doctors in travel country]

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

[Empty text input area for doctor name and address]

Name und Anschrift eines weiteren Arztes oder Spezialisten

Welche Ärzte behandeln Sie / die versicherte Person seit der Rückkehr von Ihrer Reise?


[Empty text input area for doctors after return]

Name(n) und Anschrift(n)

[Empty text input area for doctor names and addresses]

[Empty text input area for doctor names and addresses]

5. Angaben zu einer Krankenhausbehandlung:

 Bitte reichen Sie Arzt- bzw. Befundberichte in Kopie ein.

Wurden Sie im Reiseland stationär behandelt?

Nein Ja

[Date input field] 2 | 0 | | | vom [Date input field] 2 | 0 | | | bis

Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

[Empty text input area for hospital name and address]

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

Wurden Sie nach der Rückkehr stationär behandelt?

Nein Ja

[Date input field] 2 | 0 | | | vom [Date input field] 2 | 0 | | | bis

Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

[Empty text input area for hospital name and address]

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

6. Angaben bei tödlichem Ausgang:

 Bitte fügen Sie eine Bescheinigung über die Todesursache und ggf. den Obduktionsbericht in der (jeweiligen) Landessprache bei.

[Date input field] 2 | 0 | | | Todesdatum

Trat der Tod am Unfallort ein?

Nein Ja

Trat der Tod beim Transport oder im Krankenhaus ein?

Nein Ja

Falls in einem Krankenhaus: Name / Anschrift des Krankenhauses

[Empty text input area for hospital name and address]

Vorname / Name des Arztes, der den Tod festgestellt hat

Hat im Ausland / Reiseland eine Obduktion stattgefunden?

Nein Ja

Hat im Inland / Heimatland eine Obduktion stattgefunden?

Nein Ja

Wer hat die Obduktion veranlasst?

[Empty text input area for who initiated autopsy]

Name / Anschrift

Wann wurde der Tod dem Versicherer gemeldet?

[Date input field] 2 | 0 | | | Datum

7. Angaben zu früheren Unfällen oder Vorerkrankungen:

Bitte fügen Sie medizinische Unterlagen und ggf. Feststellungsbescheide bei.

Waren Sie / die versicherte Person bis zum Unfall gesund?

Nein Ja

Falls Nein, geben Sie bitte an, an welchen Krankheiten oder Folgen früherer Unfälle Sie / die versicherte Person bisher gelitten haben:

1.

2.

3.

4.

Grad der Beeinträchtigung vor dem Unfall:

%

Beziehen oder bezogen Sie / die versicherte Person vor dem Unfall Rentenzahlungen?

Nein Ja

Falls Ja, bitte Bezugszeitraum angeben:

seit bis

Bitte nennen Sie kurz den Grund für den Rentenbezug:

8. Angaben zu weiteren Unfall- oder Lebensversicherungen:

Besteht eine private Unfallversicherung?

Nein Ja

Versicherungsgesellschaft (Name)

Versicherungsschein- oder Schaden-Nr.

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

Besteht eine Lebensversicherung? ▶ Nur bei Todesfall angeben!

Nein Ja

Versicherungsgesellschaft (Name)

Versicherungsschein- oder Schaden-Nr.

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

9. 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.

Name des Kontoinhabers:

Anderer Empfänger: wie 1.

Vorname Name

Kontonummer Bankleitzahl Kreditinstitut

Bei Auslandsüberweisungen bitte zusätzlich angeben:

IBAN Swift- / BIC-Code

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 (mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern), ferner für die Angehörigen von anderen Unfall-, Kranken-, Lebens- und Reiserücktritt-Versicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen, einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten, befragt werden dürfen.

Da die betroffene versicherte Person die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann, gebe ich als gesetzlicher Vertreter diese Erklärung ab:

Name / Anschrift des gesetzlichen Vertreters

Ort / Datum

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