

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):

Bitte senden Sie die vollständig ausgefüllten Unterlagen an:

MDT Makler
der Touristik GmbH
Assekuranzmakler
Daimlerstraße 1k
63303 Dreieich
leistung@mdt24.de
Fax: +49 (0) 180 50 147-43

A Angaben zu den Reiseteilnehmern

<input type="text"/>	
Name/Vorname	
<input type="text"/>	
Straße/Hausnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Wohnort	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon mit Vorwahl (geschäftlich)	Telefon mit Vorwahl (privat)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name/Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name/Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name/Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name/Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontoinhaber	
<input type="text"/>	
Name und Anschrift des Kreditinstituts	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bankleitzahl	Kontonummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bitte unbedingt bei Überweisungen außerhalb Deutschlands angeben:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN-Nr.	BIC-Code

Korrespondenz und Rückfragen über: (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Anspruchsteller (Angaben s. links)
<input type="checkbox"/>	Reisebüro
<input type="checkbox"/>	
Mitarbeiter	
<input type="checkbox"/>	
Straße/ Hausnummer	
<input type="checkbox"/>	
PLZ/ Ort	
<input type="checkbox"/>	
Rufnummer	
<input type="checkbox"/>	
E-Mail (ggf. Stempel)	

Wichtiger Hinweis

Wenn mehr als vier Personen die Reise gebucht hatten, nennen Sie diese bitte in einer Anlage ggf. mit Angabe des Verwandtschaftsverhältnisses.

Abtretungserklärung

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

<input type="text"/>
Reisebüro/ Reiseveranstalter
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
Anschrift

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name und Anschrift des Kreditinstituts		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bankleitzahl	Kontonummer	

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!

B Angaben zur Reise

Reiseveranstalter		Reiseziel	
Die Reise wurde gebucht am	Geplanter Reisebeginn	Geplantes Reiseende	
Verspäteter Reiseantritt	Reiseabbruch	Reiseunterbrechung von	bis
<input type="checkbox"/> Flugreise	<input type="checkbox"/> Bahnreise	<input type="checkbox"/> Ferienwohnung / Hotel	
<input type="checkbox"/> Busreise	<input type="checkbox"/> Schiffsreise		
Sonstige: _____			

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 neu platzierten Gelenks
 Unfall Unfalltag _____ Unfallort _____
Wurde der Unfall durch Dritte verursacht? Ja (Bitte legen Sie den Unfallbericht bei) 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 Einberufung 1.6 Arbeitsplatzwechsel
- 1.7 Einreichung der Scheidungsklage 1.8 Gerichtliche Vorladung
- 1.9 Sonstiges: _____

2. Wer hat den Versicherungsfall ausgelöst?

- 2.1 Einer der Reisetilnehmer? Ja Nein

Name/Vorname

- 2.2 Ein nicht mitreisender Angehöriger? Ja Nein

Name/Vorname

Wie verwandt mit dem Reisetilnehmer? 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-Informationen-Service in Anspruch genommen? Ja Nein

- 3.4 Wann wurde die Versicherung abgeschlossen? Datum _____

Wenn nicht zusammen mit der Reisebuchung, bitte Begründung angeben.

4. Stornokosten

Die Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters beträgt _____ EUR

Das entspricht wieviel Prozent des gebuchten Reisepreises? _____ %

5. 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

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

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

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

Wichtiger Hinweis

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

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

Three empty lines for text input.

(Bitte entsprechende Nachweise / Rechnungen beifügen)

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

Three empty lines for text input.

(Bitte entsprechende Nachweise / Rechnungen beifügen)

8. Aufstellung der entstandenen Mehrkosten bei verlängertem Aufenthalt

Three empty lines for text input.

(Bitte entsprechende Nachweise / Rechnungen beifügen)

Table with 2 columns: Anlagen, Beigefügt. Lists various documents and their status.

D Angaben zu weiteren Versicherungen

Besitzt/Besitzen die versicherte/n Person/en eine weitere Reise-Rücktrittskosten- oder Reiseabbruch-Versicherung (z.B. über eine Kreditkarte, ADAC, Jahresversicherung)?

Form with checkboxes for Ja and Nein.

Wenn ja, bitte Kreditkarten- / Versicherungsunternehmen, Karten- / Versicherungsnummer, ausgebendes Kreditinstitut (Bank, Sparkasse) angeben.

Erklärung zur Wahrheitspflicht

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn diese Angaben für die Schadensfeststellung folgenlos geblieben sind.

Form with fields for Ort, Datum, and Unterschrift.

E Schweigepflichtentbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass die Versicherer und die mit der Schadenbearbeitung beauftragte MDT Makler der Touristik GmbH Assekuranzmakler 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 Makler der Touristik Assekuranzmakler bei Rückfragen direkt an den Arzt bzw. das Krankenhaus wenden, der / das die diesem Schadensformular beigefügte „Ärztliche Bescheinigung“ ausgestellt hat.

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.

Form with fields for Ort, Datum, and Unterschrift.

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. 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 Makler der Touristik GmbH Assekuranzmakler

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? Datum
Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?

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.

7. Krankheitsverlauf

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

Wenn ja, seit wann? Datum

Wann erfolgten wegen dieser Erkrankung Behandlungen in den letzten 5 Jahren?
(Wichtig: Bitte genaue Daten und Art der Behandlung in einer Anlage detailliert aufführen.)

Handelt es sich um eine chronische Erkrankung? Ja Nein

7.2 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

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Bitte senden Sie die vollständig ausgefüllten Unterlagen an:

MDT Makler
der Touristik GmbH
Assekuranzmakler
Daimlerstraße 1k
63303 Dreieich
leistung@mdt24.de
Fax: +49 (0) 180 50 147-43

Versicherte Person

(wenn nicht Patient)

Vorname

Name

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Wichtiger Hinweis

Bitte auch Kopie des Krankenhausaufnahme- und -entlassungsberichtes beifügen.

Wichtiger Hinweis

Bitte Kopie der vom Arbeitgeber bestätigten AU-Bescheinigung beifügen.