

Schadennummer

Schadenanzeige

HEILKOSTEN

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

MONDIAL ASSISTANCE - Leistungsabteilung
 Pottendorfer Straße 25-27, A-1120 Wien
 Telefon: +43-1/525 03-0 | Fax: +43-1/525 03-999
 E-Mail: schaden@mondial-assistance.at
 www.mondial-assistance.at

1. Wer hat die Reise angemeldet?

Name und Vorname	<input type="text"/>				
Straße	<input type="text"/>				
PLZ/Ort	<input type="text"/>				
Polizzenummer	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon Privat	<input type="text"/>	Telefon geschäftlich	<input type="text"/>		
Besitzen Sie eine Kreditkarte mit inkludierter Reiseversicherung?	<i>nein</i> <input type="checkbox"/>	<i>ja</i> <input type="checkbox"/>	Falls ja, welches Institut?	<input type="text"/>	

2. Angaben zur Erkrankung

Reisedatum	<input type="text"/>
Adresse zur Zeit der Erkrankung (z.B. Hotel)	<input type="text"/>
Bestanden bei Reiseantritt Krankheiten? Wenn ja, welche?	<input type="text"/>
Wann bemerkten Sie erstmals Anzeichen der jetzigen Krankheit?	<input type="text"/>
Unter welchen Beschwerden litten Sie? (Art der Erkrankung)	<input type="text"/>

3. Namen und Adressen der behandelnden Ärzte:

Während der Reise:	<input type="text"/>
Am Wohnort:	<input type="text"/>
Befinden Sie sich gegenwärtig im Spital? Wenn ja, in welchem?	<input type="text"/>
Haben Sie schon früher an dieser Krankheit gelitten? Wenn ja, wann?	<input type="text"/>
Welcher Arzt behandelte Sie damals?	<input type="text"/>

4. Der Auszahlungsbetrag soll angewiesen werden an:

Kontonummer	<input type="text"/>	BLZ	<input type="text"/>
Kontoinhaber	<input type="text"/>		

Bitte legen Sie bei mehreren Rechnungen eine genaue Kostenaufstellung bei (Währung/Betrag).

Ort, Datum

Unterschrift

4. Ärztliches Attest - Medical Report

Versicherte Person/insured person

Geburtsdatum/date of birth

An welchem Tag zu welcher Stunde trat der Versicherte erstmals in Ihre Behandlung? When did the insured first consult you? **um/at** **:**

Wie lautet Ihre Diagnose?
What is your diagnosis?

War Ihres Erachtens nach der Versicherte bei Antritt seiner Reise vollkommen gesund? Wenn nicht bitten wir um Bekanntgabe der Amamnese.
Was the insured in good health at the beginning of the journey? If not, what kind of troubles of health existed at that time?(Anamnesis)

Ist eine sofortige Heimreise angezeigt? Wenn ja, womit?
Is an immediate return imperative? If so, what means of transport would you suggest?

Ist ein Spitalsaufenthalt erforderlich? Wenn ja, voraussichtlich wie lange?
Is a hospital-stay necessary? If so, for how long?

Welche Anordnungen haben Sie getroffen?
What dispositions have you taken?

Unterschrift und Adresse des behandelnden Arztes

Ort, Datum **signature and adress of the doctor**

place, date

Zur Schadenbearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:

- Versicherungsnachweis (Polizze oder Buchungsbestätigung) ja nein
- Buchungsbestätigung des Reiseveranstalters ja nein
- Originalrechnungen für Medikamente, Arztbesuche (unter Angabe von Krankheitsbezeichnung und Art der Behandlung) ja nein
- Abtretungserklärung für die Sozialversicherung (unter Angabe von Sozialversicherungsnummer -und Anstalt oder ja nein
- Auszahlungsbeleg der Sozialversicherung sowie Kopien der Originalrechnungen für Medikamente, Arztbesuche (unter Angabe von Krankheitsbezeichnung und Art der Behandlung) ja nein