

# Schadenmeldung

## ADAC Auslands-Krankenschutz und ADAC Auslands-Kranken- und -Unfallschutz ADAC Plus-Mitgliedschaft

# ADAC

ADAC-Schutzbrief  
Versicherungs-AG

Bitte im Fensterkuvert einsenden an:

**ADAC-Schutzbrief Versicherungs-AG**  
**KV Schaden**  
**Postfach 70 01 24**  
**81301 München**

Bitte Vorder- und Rückseite deutlich  
(Blockschrift) und vollständig ausfüllen,  
erforderliche Unterlagen beifügen.

▼ ADAC Mitglieds-/Kundennummer

### 1. Persönliche Angaben

▼ Name / Vorname des Versicherungsnehmers

▼ Straße / Hausnummer

▼ PLZ / Ort

▼ Telefon tagsüber, Handy-Nummer

▼ Telefax

▼ E-Mail-Adresse

### 2. Angaben zum Schaden

▼ Datum des Schadens

▼ Uhrzeit

Unfall

Krankheit

▼ Land

▼ PLZ / Ort des Schadens

▼ Tag der Abreise aus Deutschland

▼ Zielort der Reise

▼ geplanter Rückreisetermin

Wurde der ADAC  
bereits verständigt?

Ja

Nein

▼ Name / Vorname der erkrankten / verletzten Person

▼ Geb.-Datum

▼ Beruf

▼ Ärztliche Diagnose

1.

2.

3.

4.

Wurden Sie am Urlaubsort stationär behandelt? Ja  Nein

von ►

bis ►

▼ In welchem Krankenhaus?

Wurden Sie wegen dieser Erkrankung vor der Reise schon einmal behandelt? Ja  Nein

▼ Falls ja, Name, Anschrift und Telefon des Arztes

Bei welchem Arzt waren Sie nach der Reiserückkehr zur Nachbehandlung? **Bitte reichen Sie in diesem Fall Behandlungsberichte ein!**

▼ Name, Anschrift und Telefon des Arztes

▼ Name, Anschrift und Telefon des Hausarztes

Bitte nur ausfüllen, wenn  
die Reise mit einem Fahrzeug  
angetreten wurde:

▼ Anz. der Reisenden inkl. Fahrer

▼ Polizeiliches Kennzeichen

Pkw

Krad

Wohnmobil

Anhänger

Auf wen ist das Fahrzeug zugelassen? Mitglied / Partner  Tochter / Sohn  sonstige Person

▼ Name / Vorname

▼ Straße / Hausnummer

▼ PLZ / Ort

Fahrer beim Eintritt des Ereignisses? Mitglied / Partner  Tochter / Sohn  sonstige Person

▼ Name / Vorname

▼ Straße / Hausnummer

▼ PLZ / Ort

### 3. Angaben zu weiteren Versicherungen

Krankenversichert bei:

▼ Name der Krankenversicherung

▼ Versicherungsnummer

Besteht eine **zusätzliche** Auslands-Krankenversicherung?

Ja  Nein

▼ Versicherungsgesellschaft / Ort

▼ Versicherungsnummer

Besitzen Sie eine Kreditkarte, die eine Auslands-Krankenversicherung beinhaltet?

Ja  Nein

Falls ja, senden Sie uns bitte eine Fotokopie Ihrer Kreditkarte mit Angabe der Krankenversicherung zu.

Bestehen anderweitige Reiseversicherungen, eine Fördermitgliedschaft (z.B. DRK, MHD) oder ein Schutzbrief?

Ja  Nein

▼ Versicherungsgesellschaft

▼ Mitglieds-/Versicherungsnummer

Besteht anderweitig eine Super-Kasko, Kfz-Haftpflichtversicherung?

Ja  Nein

▼ Versicherungsgesellschaft

▼ Versicherungsschein-Nummer

Haben Sie den Schaden bereits einer Versicherung gemeldet?

Ja  Nein

▼ Versicherungsgesellschaft

▼ Versicherungsschein-Nummer

### 4. Angaben zur Unfallursache

▼ Unfallhergang: Bitte beschreiben Sie den Unfallhergang (ggf. Skizze auf einem extra Blatt)

▼ Bei welcher Gelegenheit (z.B. Sport, im Haushalt, im Verkehr, bei der Arbeit, etc.) ereignete sich der Unfall?

Stand die verletzte Person unter Drogen- oder Alkoholeinfluss? Ja  Nein

Wurde eine Blutprobe entnommen? Ja  Nein

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? Ja  Nein

▼ Polizeidienststelle (Anschrift und Tagebuch-Nr.)

Wenn ein Verkehrsunfall vorliegt: War die verletzte Person Fahrzeuglenker? Ja  Nein

Besatz die verletzte Person die erforderliche Fahrerlaubnis? Ja  Nein

Ist der Versicherungsfall durch eine dritte Person ausgelöst worden? Ja  Nein

**Bitte schicken Sie uns eine Kopie des polizeilichen Protokolls zu!**

▼ Falls ja, Name, Anschrift, Telefon und Versicherung der dritten Person

▼ Wann und wo erfolgte die Erstbehandlung? (Name und Anschrift)

Ist die ärztliche Behandlung endgültig abgeschlossen? Ja, am ►  Nein, voraussichtlich ab ►

## 5. Angaben zu früheren Unfällen, Verletzungen und Vorerkrankungen

Haben Sie schon früher Unfälle erlitten? Nein  Ja, am ►  ▼ Art der damaligen Verletzungen

Haben Sie Invaliditätsleistungen dafür erhalten? Nein  Ja, am ►  ▼ Von wem?

Bestanden bereits vor dem Unfall Erkrankungen, Beschwerden? Nein  Ja, und zwar

Besteht eine Pflegebedürftigkeit? Nein  Ja, seit ►  Pflegestufe ►

Haben Sie noch anderweitig einen Unfallversicherungsschutz? Nein

▼ Ja, bei der Versicherungsgesellschaft (Adresse, Versicherungsnummer, Sachbearbeiter, Telefon)

## 6. Ich beantrage die Erstattung folgender Leistungen aus der ADAC Plus-Mitgliedschaft bzw. dem ADAC Auslands-Krankenschutz

<input type="checkbox"/> Leistung nach Krankheit / Verletzung	▼ Betrag in Fremdwährung <input type="text"/>	▼ ca. Betrag in Euro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Übernachtungskosten	▼ Betrag in Fremdwährung <input type="text"/>	▼ ca. Betrag in Euro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen	▼ Betrag in Fremdwährung <input type="text"/>	▼ ca. Betrag in Euro <input type="text"/>

**Bitte legen Sie folgende Unterlagen bei:**

- spezifiziertes und ärztliches Attest oder Berichte des Krankenhauses (Kopie)
- Rechnungen im Original
- Reisedauernachweis, z.B. Buchungsbestätigung (Kopie)

▼ Name / Vorname der zurücktransportierten Person

▼ Straße / Hausnummer

▼ PLZ / Ort

▼ Krankenversichert bei

▼ PLZ / Ort

▼ Versicherungsschein-Nummer

## 7. Angaben zur Kontoverbindung, auf die wir im Leistungsfall überweisen sollen

▼ IBAN	▼ BIC
▼ Name des Kreditinstituts	
▼ Name des Kontoinhabers	
▼ Datum	▼ Ort
▼ Unterschrift des Kontoinhabers	
X	

## 8. Schlusserklärung

**Schlusserklärung:** Alle Fragen habe ich wahrheitsgemäß nach bestem Wissen beantwortet.

**a) Entbindung von der Schweigepflicht:** Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch anderen Versicherungen können diesbezüglich Auskünfte erteilt werden.

Zu diesem Zweck entbinde ich hiermit den Versicherer, Ärzte, Krankenhäuser und -anstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden, die mich – auch in den letzten 5 Jahren vor Eintritt des Versicherungsfalles – untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist. Die Befreiung gilt auch über den Tod hinaus. Die Befreiung gilt ebenso für die ADAC Ärzte, die mich während des Versicherungsfalles betreut haben. Ich ermächtige diese Personen/ Stellen, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte, insbesondere zu Behandlungs- und Gesundheitsdaten, zu erteilen.

**b) Datenübermittlung an Rückversicherer:** Im Interesse seiner Versicherungsnehmer achtet ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken. Deshalb geben auch wir einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Die Rückversicherer erhalten von uns u.a. Angaben wie Name, Versicherungsnummer, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos. Unter Umständen benötigen die Rückversicherer auch besondere Arten personenbezogener Daten wie Gesundheitsdaten (z.B. Angaben zu Krankheiten oder Behandlungsmethoden). In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten an Rückversicherer weitergegeben werden.

Ich gebe vorgenannte allgemeine Schweigepflichtentbindung (a) und Einwilligung (b) nicht ab (bitte ankreuzen). Stattdessen werde ich in diesem einzelnen Schadensfall, sofern vom Versicherer verlangt, schriftlich erklären, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Stellen **im Einzelfall** von ihrer Schweigepflicht entbinde. Entstehen durch die Einholung von Schweigepflichtentbindungserklärungen im Einzelfall Kosten, kann der Versicherer diese von mir ersetzt verlangen. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zu einer Verzögerung der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen.

**Wichtiger Hinweis:** Machen Sie vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf Leistung. Verstößen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt haben. Im Falle einer Obliegenheitsverletzung bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Verletzen Sie Ihre Obliegenheiten arglistig, sind wir immer leistungsfrei.

**Hinweis:** Hat ein Dritter Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten zu erfüllen, gilt oben genanntes auch für ihn.

▼ Ort, Datum	▼ Unterschriften der Verletzten / Erkrankten
	1. X
▼ Unterschrift des Mitgliedes / Versicherungsnehmers	2. X
X	3. X
▼ Bei Minderjährigen: Unterschrift(en) des / der gesetzlichen Vertreter(s)	4. X
X	

Folgende Unterlagen liegen dieser Schadenmeldung bei:  Sämtliche Kostenbelege im Original  Sonstiges  Unfallprotokoll (Kopie)