

Zuständig:  
Betriebshaft.-/Transport-Schaden  
Postfach 510260  
30632 Hannover

Vorgangsnummer: \_\_\_\_\_  
Versicherungsscheinnummer: 77910418 06012

1. Name des Reisenden	<p><b><u>Zur Schadenbearbeitung benötigen wir Folgendes (bitte beifügen):</u></b></p> <p><b>1. Versicherungsschein/-Ausweis/-Bestätigung</b></p> <p><b>2. Buchungsbestätigung/Reiserechnung</b> (mit Angaben der gebuchten Leistung, der ReisetTeilnehmer und des Reisepreises)</p> <p><b>3. Rücktrittskostenrechnung</b> (Abrechnungsschreiben oder Kontoauszug des Reiseveranstalters mit Angaben der Stornogebühr)</p> <p><b>4. Ärztliche Bescheinigung</b> (s. beigefügten Attestvordruck) oder <b>sonstige Nachweise</b>, z. B. Sterbeurkunde</p> <p><b>5. Belege</b> (für evtl. zusätzliche Aufwendungen)</p>	
Anschrift		
Geburtsdatum		
Telefonnummer		Telefax-Nummer/E-Mail Adresse
Kreditinstitut BIC		IBAN
2. Name und Geburtsdatum weiterer ReisetTeilnehmer, deren Reisebuchung ebenfalls storniert wurde. (Bitte verwenden Sie ggf. ein zusätzliches Blatt.)		
3. Welche Reisebuchung wurde storniert?		
Reiseveranstalter:	Reiseziel:	
gebucht am:	Reisebeginn:	Reiseende:
4. Warum wurde die Reise storniert/vorzeitig abgebrochen? <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Impfunverträglichkeit <input type="checkbox"/> Schaden am Eigentum <input type="checkbox"/> Sonstiges Ereignis (Bitte geben Sie an, aus welchem Grund Sie die Reise storniert haben?) _____		
5. Bei Unfall: Kurze Unfallschilderung: Wann, wo und wie ereignete sich der Unfall? (Bitte verwenden Sie ggf. ein zusätzliches Blatt.) Wurde der Unfall durch eine fremde Person verursacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, geben Sie bitte Namen und genaue Anschrift dieser Person sowie der Polizeidienststelle an.		
6. Wer war davon betroffen? <input type="checkbox"/> Unter 1. genannter ReisetTeilnehmer <input type="checkbox"/> ein anderer ReisetTeilnehmer <input type="checkbox"/> ein nicht mitreisender Angehöriger Name/Adresse: _____		
Besteht keine Namensgleichheit mit den ReisetTeilnehmern, schicken Sie uns bitte Nachweise über das Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Kopien von Personalausweis, Geburts- oder Heiratsurkunde).		
7. Hatten Sie oder Personen dieser Reisebuchung schon früher Reiserücktritt- oder Reiseabbruchschäden? <input type="checkbox"/> ja, wann? <input type="checkbox"/> nein		
8. Ist Ihr Reisepreis noch anderweitig versichert? Z. B. über eine Kreditkarte, einen Automobilclub, eine andere Versicherung usw. <input type="checkbox"/> ja, Kreditinstitut/ Kreditkartennummer bzw. Unternehmen/Versicherungsnummer: _____ <input type="checkbox"/> nein		
9. Wann ist das Ereignis eingetreten, das zur Stornierung oder zum Reiseabbruch führte? _____ Wann wurde die Reise storniert oder abgebrochen? _____ Wenn die Stornierung oder der Reiseabbruch nicht sofort erfolgte, bitte geben Sie den Grund hierfür an. _____		
10. Die Stornorechnung des Veranstalters beträgt _____ €, das sind _____% des Reisepreises. (Ohne Gebühren oder sonstige Kosten.) Sofern Ihnen die Stornokosten Ihres Reiseveranstalters nicht vorliegen, wenden Sie sich bitte an Ihr Reisebüro/ Ihren Reiseveranstalter		
11. Die Versicherungsleistung soll der unter 1. genannte ReisetTeilnehmer erhalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Versicherungsleistung soll der Reiseveranstalter erhalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bei anderem Zahlungsempfänger: bitte Name/Anschrift und Bankverbindung angeben _____		
<p><b>Erklärung über die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben:</b></p> <p>Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben trage ich allein die Verantwortung, auch wenn andere Personen die Niederschrift vorgenommen haben. Nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen ist der Versicherer bei grob fahrlässig unwahren oder unvollständigen Angaben zur Kürzung der Leistung berechtigt. Bei bewusst (vorsätzlich) unwahren oder unvollständigen Angaben ist er gänzlich von der Verpflichtung zur Leistung befreit.</p>		
Datum, Unterschrift des unter 1 genannten Reisenden bzw. des gesetzlichen Vertreters		

Bitte zurück senden an:

HDI Versicherung AG  
Betriebshaft.-/Transport-Schaden  
Postfach 510260  
30632 Hannover

Vorgangsnummer: \_\_\_\_\_

Versicherungsscheinnummer: 77910418 06012

Name des Reiseteilnehmers: \_\_\_\_\_

Tag der Reisebuchung: \_\_\_\_\_

Reisetermin: \_\_\_\_\_

Reiseziel: \_\_\_\_\_

## Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht

Die HDI Global SE erhält Gesundheitsdaten von Ihnen sowie anderen Beteiligten. Diese Daten speichern und nutzen wir, um die geltend gemachten Ansprüche zu bearbeiten.

Ich,

geboren am .....

erkläre bezüglich des Ereignisses vom .....

### 1. Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die HDI Global SE meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Ersatzanspruches erforderlich ist.

### 2. Einwilligung in die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

#### Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die HDI Global SE führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Schadenbearbeitung, bei der es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Konzerngesellschaft oder einer weiteren Stelle. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in nachstehender Dienstleisterliste genannten Stellen benötigt die HDI Global Ihre Einwilligung. Die HDI Global verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

Ich willige ein, dass die HDI Global SE meine Gesundheitsdaten an die in der Dienstleisterliste genannten Stellen weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die HDI Global SE dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die HDI Global SE zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden.

#### Dienstleisterliste im Rahmen von HDI Reiseschutz:

Eingesetzt werden die Dienstleister in der Regel nicht automatisch, sondern fallabhängig.

Konzerngesellschaft / externer Dienstleister / Kategorie	Dienstleistung / Funktion / Aufgabe
<b>Konzerngesellschaften</b>	
HDI Versicherung AG*	Leistungsbearbeitung
Talanx Systeme AG	Rechenzentrumsbetrieb, Anwendungsentwicklung, IT-Services, Print-Services
Talanx Service AG	Postverarbeitung, Scannen, Zahlungsverkehr (Inkasso/Exkasso), Forderungsmanagement, Archivierung und Entsorgung von Datenträgern, Rechnungswesen
<b>Externe Dienstleister</b>	
IT-Dienstleister ohne Talanx Systeme AG	Rechenzentrumsbetrieb, Anwendungsentwicklung, IT-Services, Print-Services
Assisteure (ROLAND Assistance GmbH)*	Telefonischer Kundendienst
Rechtsanwälte*	Bearbeitung von Rechtsfällen

*\* Hinweis: Wir berücksichtigen einen Widerspruch gegen die Datenübermittlung an Funktionsnehmer, wenn Ihr schutzwürdiges Interesse wegen Ihrer besonderen persönlichen Situation das Interesse des beauftragenden Unternehmens überwiegt.*

Aufgelistet werden Auftragsdatenverarbeiter i.S.v. § 11 BDSG oder Funktionsnehmer bzw. Kategorien von

Auftragsdatenverarbeitern/Funktionsnehmern, die die für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen personenbezogenen Daten verwenden.

**3. Einwilligung in die Abfrage Ihrer Gesundheitsdaten bei Dritten und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Zur Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Dies gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten.

Bitte tragen Sie nachfolgend Name und Anschrift der behandelnden Stellen ein, bei denen wir Informationen über den Gesundheitsschaden einholen dürfen. Solche Stellen können sein: Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

Wollen Sie nicht, dass wir Ihre Gesundheitsdaten bei Dritten abfragen, haben Sie alternativ die Möglichkeit, die Gesundheitsdaten zum Nachweis des Schadens selbst an uns zu übersenden oder übersenden zu lassen.

Ich willige ein, dass die HDI Global SE meine Gesundheitsdaten / die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können – soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Ersatzanspruches erforderlich ist – bei den nachfolgenden Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung von ihrer Schweigepflicht, soweit meine Gesundheitsdaten aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Stellung des Versicherungsantrags an die HDI Global SE übermittelt werden. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf die genannten Vorerkrankungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen dazu über das Schadenereignis informiert werden.

**4. Datenweitergabe an andere Versicherer**

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hat der Versicherte im Schadenfall dem Versicherer alle für die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzuzeigen. Hierzu können auch frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen gehören. In bestimmten Fällen wie Doppelversicherungen und gesetzlichem Forderungsübergang bedarf es eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern.

Um Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, zu erkennen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Hierfür nutzen wir das Hinweis- und Informationssystem, das durch die HIS GmbH betrieben wird. Bei der Regulierung eines Schadens richten wir Anfragen zur Person an das HIS. Im Schadenfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet habe, zu erfahren. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Person, über welche Daten erhoben werden sollen bzw. des gesetzlichen Vertreters

# Ärztliche Bescheinigung

zur Vorlage bei der

**HDI Versicherung AG**  
**Betriebshaft.-/Transport-Schaden**  
**Postfach 510260**  
**30632 Hannover**

## B) Vom Arzt auszufüllen

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,  
wegen der Erkrankung, der Schwangerschaft bzw. des Unfalls Ihres Patienten/Ihrer Patientin werden bei uns im Rahmen der Reiserücktritt-Versicherung Ansprüche geltend gemacht.

Damit wir den Schadenfall prüfen können, bitten wir Sie um Beantwortung aller unten stehenden Fragen. Die bei uns versicherte Person ist verpflichtet, Sie von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden – dies ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen. Zur besseren Nachvollziehbarkeit konkretisieren Sie bitte Ihre Datumsangaben (tt.mm.jj).

Vor- und Zuname des Patienten:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Krankheit    Schwangerschaft    Unfall

1. Genaue Diagnose mit ICD-Code:

2.1 Bei Krankheit: Wann erkrankte der/die Patient/in?

Datum:

2.2 Bei Schwangerschaft: Wann wurde diese festgestellt?

Datum:

(Bitte legen Sie eine Kopie der Seiten des Mutterpasses bei aus denen sich das Datum der Feststellung der Schwangerschaft ergibt.)

2.3 Bei Unfall: Sind die Verletzungen unfallbedingt?

ja    nein

Unfallhergang (Bitte verwenden Sie ggf. ein zusätzliches Blatt.):

3.1 Wann erfolgte die erste Behandlung dieser Krankheit/Verletzung durch einen Arzt?

Datum:

3.2 Bestand bis zu diesem Zeitpunkt uneingeschränkte Reisefähigkeit?

ja    nein

4.1 Erfolgte eine stationäre ärztliche Behandlung?

ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  nein

Wenn ja, legen Sie bitte eine Kopie des Entlassungsberichtes bei.

4.2 Wann wurde die Indikation für eine stationäre ärztliche Behandlung gestellt?

Datum:

5.1 Bestand die Krankheit schon seit längerer Zeit?

ja, seit \_\_\_\_\_  nein

5.2 Kam es aufgrund dieser Krankheit in den letzten 6 Monaten zu ärztlichen Behandlungen?

ja    nein

Wenn ja, geben Sie bitte alle Behandlungsdaten an.

6. Ist eine gravierende Verschlechterung eingetreten?

ja, seit \_\_\_\_\_  nein

7.1 Bestanden zur Zeit der Reisebuchung Bedenken, ob der/die Patient/in die geplante Reise ohne gesundheitliches Risiko durchführen kann?

ja    nein

7.2 Wurden Sie diesbezüglich vor Reisebuchung befragt?

ja    nein

Wenn nein, wann wurden Sie erstmals über die bevorstehende Reise informiert?

Datum:

8. Wann war erstmalig erkennbar, dass der Antritt der gebuchten Reise wegen des Gesundheitszustandes nicht zumutbar war?

Datum:

9. Wann wurde(n) der/die Patient/in bzw. die Angehörigen davon unterrichtet, dass er/sie von der gebuchten Reise Abstand nehmen muss/müssen?

Datum:

10. Bemerkungen (Bitte verwenden Sie ggf. ein zusätzliches Blatt.):

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes