

Schadenanzeige Reiseversicherung

Bitte zurücksenden an:

Schadennummer _____

Van Ameyde Germany AG

Postfach 301391

50783 Köln

E-Mail:

hdi-schaden@vanameyde.de

Angaben zur Person, die die Reise gebucht hat

Vor- und Zuname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ/Ort _____

Telefonnummer (tagsüber erreichbar) _____

E-Mail Adresse _____

Für welche Reisetilnehmer wurde die Reise storniert/abgebrochen?

Vor- und Zuname _____ Geburtsdatum _____

Vor- und Zuname _____ Geburtsdatum _____

Vor- und Zuname _____ Geburtsdatum _____

Vor- und Zuname _____ Geburtsdatum _____

Vor- und Zuname _____ Geburtsdatum _____

Vor- und Zuname _____ Geburtsdatum _____

Angaben zur Reise

Reiseveranstalter: _____ Reiseziel _____

gebucht am _____ Reisebeginn _____ Reiseende _____

Grund der Reigestornierung bzw. des Reiseabbruchs

Bitte schildern Sie uns kurz, weshalb Sie die Reise storniert oder abgebrochen haben.

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. _____

Falls die Reise aufgrund eines Unfalls storniert oder abgebrochen wurde: Wann, wo und wie ereignete sich der Unfall, wer hat ihn verschuldet? (Bitte verwenden Sie ggf. ein zusätzliches Blatt.)

Welche Person war von dem Ereignis betroffen?

Derjenige, der die Reise gebucht hat ein anderer Reiseteilnehmer ein nicht mitreisender Angehöriger

Name und Adresse des nicht mitreisenden Angehörigen _____

Ist diese Person mit den Reisenden verwandt? Ja Nein

Besteht keine Namensgleichheit mit den Reiseteilnehmern, schicken Sie uns bitte Nachweise in geeigneter Form über das Verwandtschaftsverhältnis oder die häusliche Gemeinschaft.

Stornobetrag

Die Stornorechnung des Veranstalters beträgt _____ €, das sind _____ % des Reisepreises (ohne Gebühren oder sonstige Kosten).

Weitere Versicherungen

Ist Ihr Reisepreis noch anderweitig versichert? (z. B. über eine Kreditkarte, einen Automobilclub, eine andere Versicherung o.ä.)

Nein Ja, über folgende Firma:

Name und Anschrift _____

Kundennummer bzw. Kreditkartennummer: _____

Wurde der Schaden dort schon geltend gemacht?

Nein Ja (Bitte Kopie des Regulierungsschreibens beifügen)

Bankverbindung

An wen soll die Entschädigung überwiesen werden?

an denjenigen, der die Reise gebucht hat an den Reiseveranstalter an einen anderen Zahlungsempfänger

Name des Kontoinhabers: _____

Anschrift des Kontoinhabers (falls vom Reisebuchenden abweichend) _____

IBAN _____ BIC _____

Kreditinstitut _____

Hinweis zur 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.

Erklärungen

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.

Ort/Datum _____

Unterschrift des Reisenden
bzw. des gesetzlichen Vertreters _____

Checkliste

Zur Bearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:

- Versicherungsnachweis
- (Reise-)Buchungsbestätigung
- Stornokostenrechnung
- Nachweis zum Eintritt des Versicherungsfalls (Attest, Sterbeurkunde etc.)

Bei Reiseabbruch benötigen wir zusätzlich:

- Abrechnung des Veranstalters über die nicht genutzten (Reise-)Leistungen
- Originalbelege für die zusätzlichen Rückreisekosten

Bitte zurück senden an:

Schadensnummer

Van Ameyde Germany AG
Postfach 301391
50783 Köln

E-Mail:
hdi-schaden@vanameyde.de

Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht

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

Ich, (Vor- und Nachname) _____ geboren am _____

erkläre bezüglich des Ereignisses vom _____

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

Ich willige ein, dass die HDI Global Specialty 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 Specialty 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 Specialty SE Ihre Einwilligung. Die HDI Global Specialty SE verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz.

Ich willige ein, dass die HDI Global Specialty 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 Specialty SE dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die HDI Global Specialty 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
Konzerngesellschaften	
HDI Global Specialty SE*	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
Externe Dienstleister	
IT-Dienstleister ohne Talanx Systeme AG	Rechenzentrumsbetrieb, Anwendungsentwicklung, IT-Services, Print-Services
Assisteure*	Telefonischer Kundendienst
Van Ameyde Germany AG*	Schadenregulierer

*** 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 Specialty 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 zwei Jahren vor Stellung des Versicherungsantrags an die HDI Global Specialty SE übermittelt werden. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf die oben 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 haben, 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.

5. Widerruf

Es steht Ihnen frei, die Erklärung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen und uns die Gesundheitsdaten zum Nachweis des Schadens selbst zu übersenden oder übersenden zu lassen. Wir weisen darauf hin, dass wir die angeforderten Gesundheitsdaten benötigen, um den Schadenfall bearbeiten zu können und dass ohne diese Daten keine abschließende Bewertung des Schadenfalls vorgenommen werden kann.

Ort, Datum

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

Ärztliche Bescheinigung Reiseversicherung



Zur Vorlage bei der

Van Ameyde Germany AG
Postfach 301391
50783 Köln
E-Mail:
hdi-schaden@vanameyde.de

Schadennummer

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

wegen der Erkrankung, der Schwangerschaft oder des Unfalls Ihres Patienten/Ihrer Patientin werden bei uns im Rahmen der Reiseversicherung Ansprüche geltend gemacht.

Damit wir den Schadenfall prüfen können, bitten wir Sie, die zutreffenden Fragenblöcke vollständig zu beantworten. Wenn der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte zusätzlich ein Beiblatt.

Patient

Vor- und Zuname des Patienten _____ Geburtsdatum _____
PLZ/Ort _____ Straße/Hausnummer _____

Erkrankung

Genauere Diagnose _____ ICD-Code _____

Wann erkrankte der/die Patient/in? _____

Wann erfolgte die erste Behandlung der Beschwerden/Symptome durch einen Arzt? _____

Wann erfolgte die erste Behandlung der Beschwerden/Symptome durch Sie? _____

Wann wurde die Diagnose erstmalig gestellt? _____

Welche Therapiemaßnahmen wurden an welchen Tagen durchgeführt? _____

Welche Medikamente wurden verordnet? _____

Bestand Arbeitsunfähigkeit? Nein ja, von _____ bis _____

Vorerkrankungen und chronische Erkrankungen

Bestand die Krankheit schon seit längerer Zeit? Nein Ja, seit _____

Kam es aufgrund der Krankheit in den letzten 12 Monaten zu ärztlichen Behandlungen? Nein Ja

Wenn ja, geben Sie bitte alle Behandlungsdaten und Therapiemaßnahmen an.

Ist eine gravierende Verschlechterung eingetreten? Bitte geben Sie die genaue Diagnose für die Verschlechterung mit ICD-Code an.

Nein Ja, seit _____ wegen (Diagnose und ICD-Code) _____

Schwangerschaft

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?

Datum _____ Schwangerschaftswoche _____

Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war? _____

Wurde die Reise wegen Komplikationen storniert/abgebrochen? Nein Ja, und zwar wegen _____

Wann traten die Komplikationen ein? _____

Unfall

Genauere Diagnose _____ ICD-Code _____

Wann hat sich der Unfall ereignet? _____

Wann erfolgte die erste ärztliche Behandlung? _____

Stationäre Behandlung

Erfolgte eine stationäre ärztliche Behandlung? nein ja, von _____ bis _____

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

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

Reisende Person

Bitte beantworten Sie folgende Fragen nur, wenn die erkrankte Person Teilnehmer der geplanten Reise war.

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

Wurden Sie diesbezüglich vor der Reisebuchung befragt? Nein Ja, am _____

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

Wann war erstmalig erkennbar, dass der Antritt der Reise wegen des Gesundheitszustandes nicht zumutbar war? _____

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

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

Unterschrift

Ort/Datum _____ Stempel/Unterschrift des Arztes _____