

Name und Anschrift des Kunden

Bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden an

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Abt. RLK-Leistung
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg

**Schadenanzeige
Reise-Rücktrittskosten-Versicherung**

zur Versicherungs-Nr.: _____

Sehr geehrter Kunde,
Sie haben leider Ihre Reise stornieren müssen. Zur zügigen Bearbeitung Ihres Schadenfalles benötigen wir von Ihnen wichtige Angaben. Hierzu füllen Sie bitte diese Schadenanzeige genau und vollständig aus. Vielen Dank für Ihre Mühe!

I. Angaben zur Reise :

- 1) Reiseveranstalter: _____ Reiseziel: _____
2) Reisebüro: _____
3) Gebucht am: _____ Storniert am: _____
4) Beginn der Reise: _____ Ende der Reise: _____

**II. Für welche Reiseteilnehmer wurde die Reise storniert?
(Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)**

- 1) _____
2) _____
3) _____
4) _____
5) _____
6) _____

III. Name und Anschrift der Person, die den Versicherungsfall ausgelöst hat:

Geben Sie bitte auch das **Verwandtschaftsverhältnis** an.

IV. Grund der Reisesstornierung :

- | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|---|--|---|--|
| Krankheit | <input type="checkbox"/> | } | | → | Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen vom behandelnden Arzt ausfüllen. |
| Unfall | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | | | → | Bitte senden Sie uns ein Attest des behandelnden Arztes bzw. Frauenarztes zu. |
| Impfunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> | | | → | Bitte senden Sie uns eine ärztliche Bestätigung. |
| Arbeitslosigkeit | <input type="checkbox"/> | | | → | Bitte senden Sie uns das Kündigungsschreiben Ihres Arbeitgebers und die Bestätigung des Arbeitsamtes. |
| Tod | <input type="checkbox"/> | | | → | Bitte senden Sie uns die Sterbeurkunde in Kopie und teilen Sie uns das Verwandtschaftsverhältnis mit. |

sonstige Gründe : _____

Sollte der Versicherungsfall (z. B. Unfall) durch eine fremde Person verursacht worden sein, geben Sie bitte Namen und genaue Anschrift dieser Person an sowie bei Verkehrsunfällen ggf. Tagebuch-Nr. und Polizeidienststelle:

Wann ist der Versicherungsfall eingetreten ? _____

Bei Krankheit: Lag eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor ? Nein Ja

Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung den Schadenunterlagen bei und geben Sie bitte den Namen und die Anschrift des Arbeitgebers an:

V. Reiseabbruch (sofern im abgeschlossenen Tarif enthalten):

Grund für den Reiseabbruch: _____

Wann genau wurde die Reise abgebrochen (Datum/ggf. Uhrzeit): _____

Sofern Ihr abgeschlossener Tarif Leistungen bei einem Reiseabbruch vorsieht, reichen Sie uns bitte die Originalbelege für die zusätzlich entstandenen Rückreisekosten, z. B. Hotelrechnungen, Flugtickets, Bahnfahrkarten o. ä. ein.

**VI. An wen sollen eventuelle Versicherungsleistungen gezahlt werden?
(Name, Anschrift, Bankverbindung, ggf. IBAN, BIC, Name und Anschrift der Bank für Auslandszahlungen)**

Unterschrift des Versicherten

VII. Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zu, damit wir den Schadenfall für Sie bearbeiten können :

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Versicherungsschein | <input checked="" type="checkbox"/> | Nachweis über die Zahlung der Vers.-Prämie | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Reise-Buchungsbestätigung/1. Rechnung des Reiseveranstalters (Kopie) | <input checked="" type="checkbox"/> | Teilnehmerliste des Reiseveranstalters | <input type="checkbox"/> |
| Stornokostenrechnung im Original | <input checked="" type="checkbox"/> | Reisebedingungen des Reiseveranstalters | <input type="checkbox"/> |
| Mietvertrag im Original | <input type="checkbox"/> | Mietbedingungen des Vermieters | <input type="checkbox"/> |
| Flugtickets im Original (außer wenn refund) | <input type="checkbox"/> | Zahlungsnachweis bei Buchung mit Kreditkarte inkl. Kopie der Kreditkarte | <input checked="" type="checkbox"/> |

Bitte die Unterlagen nicht heften oder klammern! Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Versicherungs-/Vorgangs-/Buchungs-Nr.: _____
Bitte angeben, sofern nicht vorgegeben

Schaden-Nr.: _____
Bitte angeben, sofern bekannt

VIII. Hinweis über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Belehrung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege/Dokumente zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege/Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten 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 die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten verpflichtet.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter

IX. Schlusserklärungen

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die vorstehenden Hinweise gemäß § 28, Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles habe ich zur Kenntnis genommen.

Des Weiteren trete ich meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher/Haftpflichtigen bzw. gegen meine gesetzliche Krankenkasse/private Krankenversicherung in Höhe der von der HanseMerkur Reiseversicherung AG gezahlten Leistungen an die HanseMerkur Reiseversicherung AG ab.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter

X. Schweigepflichtentbindung und ärztliche Bescheinigung

Versicherungs-Nr.:
Schaden-Nr.:

Sehr geehrte/r Versicherte/r,

bitte unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung und leiten Sie diesen Vordruck an den behandelnden Arzt weiter. Sofern nicht Sie selber erkrankt oder verunfallt sind, lassen Sie die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht bitte von der erkrankten bzw. verunfallten Person (versicherte Person oder Risikoperson wie z. B. Eltern, Kinder, Großeltern, etc.) unterzeichnen. Die Erklärung stellt keine generelle Entbindung der Schweigepflicht dar, sondern erstreckt sich nur auf Beauskunftungen über die zur Stornierung oder den Abbruch der Reise führenden Erkrankung(en) bzw. die unfallbedingt ausgelösten körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen (einschließlich ggf. vorbestehender Erkrankungen und Gebrechen).

Hinweis: Sie bzw. die Person, über die gesundheitsbezogene Daten erhoben werden sollen, haben die Möglichkeit, die Entbindung von der Schweigepflicht zu verweigern. In diesem Falle ruht eine etwaige Leistungspflicht der HanseMerkur Reiseversicherung AG mindestens bis zu dem Zeitpunkt, in welchem ihr die Möglichkeit zur Leistungsprüfung wieder möglich gemacht wird.

Schweigepflichtentbindungserklärung:

Mir ist bekannt, dass die HanseMerkur Reiseversicherung AG zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht Angaben über die zum Versicherungsfall führenden Erkrankung(en) bzw. die unfallbedingten Beeinträchtigungen einholt und ggf. Angaben überprüft, die zur Begründung eines Anspruchs gemacht werden. Zu diesem Zweck befreie ich die unten genannten Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten sowie Krankenkassen und Krankenversicherer, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus. Hinsichtlich einer bereits früher von einem Arzt, Zahnarzt oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes durchgeführten Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben zur Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind.

Folgende Ärzte und sonstige Angehörige von Heilberufen entbinde ich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht (bitte vollständige Namen und Anschriften angeben):

- 1.) _____
- 2.) _____
- 3.) _____

Diese Erklärung gebe ich auch für meine etwaig mitversicherten Kinder sowie alle weiteren von mir gesetzlich vertretenen Personen ab, welche die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Eine Kopie dieser Ermächtigung besitzt ebenfalls Gültigkeit.

_____ den _____
Ort Datum Unterschrift der Person, über welche Daten erhoben werden sollen

Ärztliche Bescheinigung:

Vers.-Nr.:
Schaden-Nr.:

Sehr geehrte/r Frau/Herr Doktor,

wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen im Interesse Ihrer Patientin/Ihres Patienten vollständig in Druckschrift zu beantworten, damit wir die Leistungspflicht aus der Reise-Rücktrittskosten-Versicherung beurteilen können. (Sollte der Platz nicht ausreichen, bitten wir um Ergänzungen auf einem gesonderten Blatt.)

Name des Patienten	Geburtsdatum
Straße, PLZ, Wohnort	

1. a) Genaue Diagnose mit ICD-Code der/des zur Reisetornierung führenden Krankheit/Unfalles: _____

- b) Vorgeschichte/Gesamtanamnese hierzu (ggf. Extrablatt): _____

2. Wann wurde die Diagnose gestellt bzw. wann ereignete sich der Unfall? _____
3. Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmals ein Arzt aufgesucht? _____
4. a) Bestand Arbeitsunfähigkeit (AU)? Nein Ja, vom _____ bis _____
Wenn Ja, bitte eine Kopie der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung beifügen!
- b) Wenn Nein, bitte Begründung: _____
5. Stationäre Behandlung? Nein Ja, vom _____ bis _____
Wenn Ja, bitte auch unbedingt den Entlassungsbericht und den Aufnahmebefund beifügen!
6. Welche Therapiemaßnahmen wurden eingeleitet? Bitte auch die verschriebenen Medikamente angeben!

7. a) Wann erfolgten wegen dieser Erkrankung im Einzelnen Behandlungen (bitte mit Datumsangaben)?

- b) Welche Untersuchungen wurden im Einzelnen durchgeführt? _____

8. a) Bestand die Krankheit schon längere Zeit? Nein Ja, seit wann genau? _____
- b) Wann erfolgten insbesondere in den letzten Jahren im Einzelnen Behandlungen zu der/den oben angegebenen Erkrankung/en? Bitte mit detaillierten Datumsangaben! _____

- c) An welchen dieser Daten erfolgte die Behandlung aufgr. einer Verschlechterung der bestehenden Erkrankung?

9. a) Wurden Sie **vor** der Reisebuchung am _____ (Datum) nach der Reisefähigkeit gefragt?
 Nein Ja, erstmals am _____
- b) Wenn Ja, was wurde dem/der Patient/in bzw. den Angehörigen geraten bzw. worauf wurde hingewiesen?

10. Wurden Sie **nach** der Reisebuchung (Datum siehe unter Punkt 9. a) nach der Reisefähigkeit gefragt?
 Nein Ja, erstmals am _____
letztmalig am _____
11. Wann haben Sie vom Antritt der Reise abgeraten? Datum: _____
Begründung: _____
12. Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt? Nein Ja, am: _____

Bitte den Namen und die Anschrift des Arztes hier angeben!

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort/Datum