

Name und Anschrift des Kunden

Hamburg,
Abt. RLK-Leistung

Sehr geehrter Kunde,
während Ihrer Reise ereignete sich leider ein Unfall. Bitte füllen Sie die Schadenanzeige genau und vollständig aus und senden uns diese schnellstmöglich zurück. Vielen Dank für Ihre Mühe! Für Rückfragen rufen Sie uns gerne an.

I. Allgemeiner Teil

Veranstalter: _____ Reiseland: _____

Versicherungsnehmer: _____

Sollte die oben genannte Anschrift nicht mehr korrekt sein, nennen Sie uns bitte Ihre neue Anschrift und die Telefonnummer (tagsüber):

Angaben zur verletzten Person:

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße und Haus-Nr.: _____

PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr. (tagsüber): _____

derzeitige Beschäftigung: _____ Beruf: _____

II. Angaben zum Unfalleignis:

Unfalltag: _____ Uhrzeit: _____

Ort: _____ Straße: _____

Wie ereignete sich der Unfall? Was war die Ursache?
(Sofern der Platz nicht ausreicht, nutzen Sie bitte ein separates Blatt. Danke.)

Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? nein ja

Handelt es sich um einen Wegeunfall?: nein ja
(auf dem Arbeitsweg)

Ereignete sich der Unfall in Ausübung der beruflichen Tätigkeit? _____

Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an? _____

Aktenzeichen und Anschrift, sofern bekannt: _____

Hatte die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder andere Rauschmittel zu sich genommen? nein ja, zu welcher Zeit, in welcher Menge und Art?

Wurde eine Blutprobe entnommen? nein ja, Ergebnis? _____ Promille

Gibt es Zeugen, die den Unfall beobachtet, oder Personen, die Erste Hilfe geleistet haben?

Name	Anschrift	Telefon-Nr.	Augenzeuge/Erste Hilfe	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? nein ja, Aktenzeichen: _____

Anschrift der Dienststelle: _____

Wurde der Vorgang an eine Staatsanwaltschaft oder Bußgeldstelle weitergeleitet? nein ja
 unbekannt

III. Unfallfolgen:

Welche Verletzungen sind entstanden? _____

Welcher Arzt führte die erste Behandlung durch? _____

Name, Anschrift und Fachrichtung: _____

Wann erfolgte die erste Behandlung (Datum)? _____

Was wurde angeordnet? _____

War ein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich? nein ja

vom _____ bis _____ Anschrift des Krankenhauses _____

Haben noch weitere Ärzte die Unfallverletzung behandelt? nein ja

Name und Anschrift	Fachrichtung	Behandlungsdaten
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ist die Behandlung abgeschlossen? nein ja, seit dem: _____

IV. Allgemeine Angaben zur verletzten Person:

Bestanden am Unfalltag noch weitere Unfallversicherungen? nein ja

Gesellschaft _____ Anschrift _____ Vertragsnummer _____

Gab es Unfallversicherungen, die inzwischen beendet sind? nein ja

Erhielt die verletzte Person aus diesen Verträgen Zahlungen? nein ja

Bei welchem Krankenversicherer ist die verletzte Person versichert?

Gesellschaft: _____

Anschrift: _____

Mitglieds-Nr.: _____

V. Gesundheitszustand vor dem Unfall:

War die verletzte Person vor dem Unfall körperlich und geistig vollkommen gesund? nein ja

Welche Krankheiten, Behinderungen, Leiden, Gebrechen oder Verletzungsfolgen bestanden und seit wann?

Fehlten schon Gliedmaßen? nein ja, welche und seit wann? _____

Wurden bereits vor dem Unfall regelmäßig Medikamente eingenommen? nein ja

Welche? Seit wann? Dosierung? Weswegen? _____

Wurde die verletzte Person in den letzten 3 Jahren vor dem Unfall ärztlich behandelt? nein ja

Wann und aus welchem Grund? _____

Name, Anschrift und Fachrichtung: _____

Wurde vor dem Unfall eine Rente bezogen oder ggf. beantragt? nein ja

Berufsunfähigkeits-, Unfall-, Erwerbsunfähigkeits-, Kriegsrente oder sonstige Rente _____

Datum der Antragstellung: _____ Datum der Bewilligung: _____

Wurde vor dem Unfall ein Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung gestellt oder bewilligt? nein ja

Datum der Antragstellung: _____ Datum der Bewilligung: _____

Liegt eine Eingruppierung in eine Pflegestufe vor oder wurde ein Antrag gestellt? nein ja

Datum der Antragstellung: _____ Eingruppierung in Pflegestufe: 1 2 3

seit dem (Datum): _____

(Fügen Sie bitte Anträge oder Bescheide zu Renten oder Pflegestufen in Kopie bei. Dafür vielen Dank!)

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

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Versicherungsnachweis (Kopie) | <input checked="" type="checkbox"/> Nachweis über die Zahlung der Vers.-Prämie |
| <input checked="" type="checkbox"/> Buchungsbestätigung Ihres Veranstalters (Kopie) | <input checked="" type="checkbox"/> Zahlungsnachweis bei <u>Buchung mit Kreditkarte</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Reisenachweis, z. B. Flugtickets, Bahnfahrkarten | <input checked="" type="checkbox"/> Polizeiprotokoll |
| <input checked="" type="checkbox"/> Behandlungsnachweise vom Arzt | <input checked="" type="checkbox"/> Erbschein (im Todesfall) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sterbeurkunde/Totenschein (im Todesfall) | |

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

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

Belehrung nach § 28, Abs. 4 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

VIII. Schlusserklärungen

Ich versichere, dass ich meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe. 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.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter

Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit der HanseMerkur Reiseversicherung AG gegenüber von ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Außerdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, der HanseMerkur Reiseversicherung AG alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Ort und Datum

Unterschrift der verletzten Person
oder ihres gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Versicherungsnehmers

IX. Schweigepflichtentbindung:

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 verunfallt sind, lassen Sie die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht bitte von der erkrankten bzw. verunfallten Person (versicherte Person 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 eventuell 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