

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

C Angaben zum Versicherungsfall

1. Wer hat den Versicherungsfall ausgelöst?

1.1. Einer der Reiseteilnehmer?

Nein Ja

Name/Vorname

1.2. Ein nicht mitreisender Angehöriger?

Nein Ja

Name/Vorname

Wie verwandt mit dem Reiseteilnehmer?
(Bitte Nachweis beifügen.)

2. Warum wurde die Reise storniert bzw. abgebrochen?

Unerwartete schwere Erkrankung Schwangerschaft Tod

Unerwartete betriebsbedingte Kündigung / Arbeitsaufnahme nach Arbeitslosigkeit / Arbeitsplatzwechsel

Unfall: Unfalltag Unfallort

Wurde der Unfall durch Dritte verursacht?

Nein Ja

Name und Anschrift
des Unfallverursachers

Haftpflichtversicherung des Unfall-
verursachers und Versicherungs-Nr.

Sonstiges (bitte ergänzen):

3. Stornierung bzw. Reiseabbruch

3.1. Wann ist das Ereignis eingetreten, das zur Stornierung der Reise bzw. zum Reiseabbruch geführt hat?

Datum Anmerkungen

3.2. Wenn die Reise nicht unverzüglich storniert wurde, geben Sie bitte die Begründung für die Verzögerung an:

Bitte beachten Sie: Die versicherte Person ist verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles die Reise unverzüglich zu stornieren, um die Stornokosten möglichst niedrig zu halten.

4. Welche Kosten sind entstanden?

4.1. Höhe der entstandenen Stornokosten?

Bitte beachten Sie: Versichert sind die dem Reiseveranstalter (ggf. Fluglinie, Ferienhausvermietung, Hotel, o.Ä.) vertraglich geschuldeten Stornogebühren und das bei Buchung in Rechnung gestellte Vermittlungsentgelt.

4.2. Sind durch den Reiseabbruch zusätzliche Rückreisekosten entstanden? Wenn ja, welche?

Bitte beachten Sie: Nicht versichert sind Telefonkosten, Kurtaxe, Visagebühren, etc.

4.3. Aufstellung der nicht in Anspruch genommenen Reiseleistung bei Reiseabbruch:

4.4. Aufstellung der entstandenen Mehrkosten bei verlängertem Aufenthalt:

(Bitte jeweils die entsprechenden Nachweise / Rechnungen beifügen.)

Schadenanzeige

Reise-Rücktrittskosten-Versicherung

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

5. Anlagen

1. Allgemeine Unterlagen bei Einreichung eines Schadenfalls:

- Versicherungsnachweis (z.B. Überweisungsträger, Prämienrechnung, 16-stellige Kreditkartennummer, ...)
- Kopie der Buchungsbestätigung
- Stornokostenrechnung im Original

2. Für die jeweiligen Rücktritts- bzw. Abbruchgründe wird benötigt:

- bei Krankheit, Unfall, Schwangerschaft: ausführliches Attest mit Diagnose und Behandlungsdaten
- bei psychiatrischen Erkrankungen: ausführliches Attest vom behandelnden Facharzt für Psychiatrie
- bei Todesfall: Kopie der Sterbeurkunde
- bei Kündigung: Kündigungsschreiben des Arbeitgebers (Daraus sollte ersichtlich sein, ob es sich um eine betriebsbedingte oder personenbezogene Kündigung handelt.)
- bei Arbeitsaufnahme: Aufhebungsbescheid der Arbeitsagentur und Kopie des neuen Arbeitsvertrages
- bei Arbeitsplatzwechsel: Bescheinigung des Arbeitgebers über den Arbeitsplatzwechsel
- bei erheblichem Schaden am Eigentum: Nachweis, dass ein erheblicher Schaden am Eigentum entstanden ist (z.B. Polizeimeldung, Schadenmeldung des Gebäudeversicherers, u. ä.)
- sonstige Nachweise

3. Zusätzlich sind bei einem Reiseabbruch folgende Unterlagen einzureichen:

- Belege der Rückreisekosten
- Aufstellung des Reiseveranstalters über die nicht genutzte Reiseleistung und über den Zeitpunkt des Reiseabbruchs

D Angaben zu weiteren Versicherungen

Besteht noch eine weitere Reise-Rücktrittskosten-Versicherung? Wenn ja, bei welchem Unternehmen?

Nein Ja

Unternehmen

E Wichtige Hinweise für den Schadenfall und zu Ihrem Versicherungsschutz

In Ihrem Schadenfall brauchen wir Ihre Mithilfe.

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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 zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege 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 Leistungen 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 bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. 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 verpflichtet.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Ort, Datum und Unterschrift:

Ärztliche Bescheinigung

Union Reiseversicherung
Reiseservice
66087 Saarbrücken

Versicherungs-Nr.

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

A Allgemeine Angaben

1. Zur Person

Name/Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer	<input type="text"/>		
Länderkennung/PLZ	- <input type="text"/>	Wohnort	<input type="text"/>
Buchungsdatum	<input type="text"/>	Reisezeit von	<input type="text"/> bis <input type="text"/>

Mir ist bekannt, dass die Union Reiseversicherung AG Gesundheitsdaten bei Ärzten und Krankenhäusern erheben darf, wenn diese für die Beurteilung ihrer Leistungspflicht erforderlich sind und ich in die Datenerhebung eingewilligt habe. Daher gebe ich folgende Schweigepflichtentbindungserklärung ab (bitte ankreuzen):

- Ich erkläre mich einverstanden, dass sich die Union Reiseversicherung bei Rückfragen direkt an den Arzt bzw. das Krankenhaus wendet, von dem diese, dem Schadenformular beigelegte „Ärztliche Bescheinigung“ ausgestellt wurde. Die Mitarbeiter der Union Reiseversicherung entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an diese beratenden externen Ärzte bzw. medizinischen Gutachter übermittelt werden.
 Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus und ist jederzeit widerrufbar. Diese Erklärung gebe ich auch für meine etwaigen mitversicherten Kinder sowie alle weiteren gesetzlichen vertretenen Personen ab, welche die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.
- Eine Schweigepflichtentbindungserklärung gebe ich derzeit nicht ab. Stattdessen werde ich im Einzelfall schriftlich erklären, ob ich die entsprechenden Personen bzw. Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Schadenregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sofern sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen deren Leistungspflicht nicht oder nur teilweise ermitteln lässt.

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten

B Vom Arzt auszufüllen:

1. Welche Krankheit oder Verletzung führte zur Reiseabsage? (Bitte mit Angabe des ICD10-Codes)

Diagnose	<input type="text"/>	ICD10-Code	<input type="text"/>
----------	----------------------	------------	----------------------

2. Behandlungsverlauf

2.1. Wann erkrankte der Patient/die Patientin? Wann war der Unfall? Datum

2.2. Wann erfolgte die erste Behandlung der Beschwerden/Symptome, die zu dieser Diagnose führten? Datum

2.3. Wann haben deswegen bisher Behandlungen stattgefunden? (Bitte genaue Daten angeben.)

2.4. Bestanden zum Zeitpunkt der Reisebuchung Bedenken gegen den Antritt der Reise? Nein Ja
 Wurden Sie vom Patienten danach gefragt? Nein Ja

2.5. Bestand zum Zeitpunkt der ersten Behandlung eine uneingeschränkte Reisefähigkeit? Nein Ja

War zu diesem Zeitpunkt mit einer völligen Wiedergenesung bis zum Reisezeitpunkt zu rechnen? Konnten Sie dies dem Patienten sicher zusagen?



Ärztliche Bescheinigung

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

3. Therapiemaßnahmen

3.1. Welche Medikation und Therapie/Maßnahmen haben Sie verordnet?

3.2. Welche Untersuchungen wurden an den jeweiligen Behandlungsdaten durchgeführt?

3.3. Fand eine stationäre Behandlung statt?

Nein Ja

Behandlungszeit von

bis

Bitte schicken Sie eine Kopie des Krankenhausentlassungsberichtes mit.

3.4. Bestand Arbeitsunfähigkeit?

Nein Ja

Arbeitsunfähigkeit von

bis

3.5. Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt?

Nein Ja

Name und Adresse des Facharztes

4. Vorerkrankungen

4.1. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?

Nein Ja

Wenn ja, bitte nennen Sie uns die Diagnose der Vorerkrankungen (bitte mit Angabe des ICD10-Codes):

Diagnose

ICD10-Code

4.2. Hat sich die bestehende Erkrankung unerwartet verschlechtert?

Nein Ja

Wenn ja, wann?

Wie hat sich dies geäußert (neue Diagnosen)?

5. Bei Rücktrittsgrund Schwangerschaft

5.1. Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?

Datum

Schwangerschaftswoche

5.2. Wann sind Komplikationen aufgetreten?

Datum

Welche?

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes