

Name und Anschrift des Kunden

Bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden an

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

## Schadenanzeige Urlaubsgarantie (Reiseabbruch-Versicherung)

zur Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Sehr geehrter Kunde,  
Sie haben leider Ihre Reise abbrechen, unterbrechen oder außerplanmäßig verlängern 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: \_\_\_\_\_ abgebrochen am: \_\_\_\_\_  
4) Beginn der Reise: \_\_\_\_\_ urspr. Ende der Reise: \_\_\_\_\_

### II. Welche Reiseteilnehmer mussten die Reise abbrechen? (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefon-Nr.)

- 1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_  
4) \_\_\_\_\_  
5) \_\_\_\_\_

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

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

### IV. Kosten der Rückreise / nicht in Anspruch genommene Leistungen / sonstige Kosten:

- Rückreisekosten, z. B. Flugtickets: \_\_\_\_\_  
Nicht in Anspruch genommene Reiseleistungen: \_\_\_\_\_  
Sonstige geltend gemachte Kosten: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass je nach ausgewählten Tarif ein Selbstbehalt anfallen kann.

**V. Grund des Reiseabbruchs:**

- |                              |                          |  |   |   |   |
|------------------------------|--------------------------|--|---|---|---|
| <b>Krankheit</b>             | <input type="checkbox"/> |  | } | ➔ | Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen vom behandelnden Arzt ausfüllen.                          |
| <b>Unfall</b>                | <input type="checkbox"/> |  |   |   |   |
| <b>Schwangerschaft</b>       | <input type="checkbox"/> |  |   | ➔ | Bitte senden Sie uns ein Attest des behandelnden Arztes bzw. Frauenarztes zu.                         |
| <b>Impfunverträglichkeit</b> | <input type="checkbox"/> |  |   | ➔ | Bitte senden Sie uns eine ärztliche Bestätigung.  |
| <b>Tod</b>                   | <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?** \_\_\_\_\_

**VI. Besteht ggf. eine weitere Versicherung?**

Besteht für Sie anderweitig Versicherungsschutz für einen Reise-Rücktritt, z. B. bei einer anderen Versicherungsgesellschaft, über eine Kreditkarte (MasterCard, VISA, American Express) oder über eine Mitgliedschaft (ADAC, BAVC)?

Nein  Ja Falls ja, nennen Sie uns bitte die Versicherungsnummer / Mitgliedsnummer / Kreditkartennummer und den Namen des Kreditkarteninstitutes bzw. des Vereines. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurde der Schadenfall ggf. dort gemeldet?  Nein  Ja

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Unterschrift des Versicherten**

**VIII. 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"/>            |
| Ggf. Stornokostenrechnung im Original                                 | <input type="checkbox"/>            | Reisebedingungen des Reiseveranstalters                                  | <input type="checkbox"/>            |
| Mietvertrag im Original   | <input type="checkbox"/>            | Mietbedingungen des Vermieters   | <input type="checkbox"/>            |
| Belege der Rückreisekosten im Original (z. B. Flug- oder Bahntickets) | <input type="checkbox"/>            | Bestätigung des Vermieters, dass eine Weitervermietung nicht möglich war | <input type="checkbox"/>            |
| Attest vom Arzt im Urlaubsort   | <input checked="" type="checkbox"/> | Zahlungsnachweis bei <u>Buchung mit Kreditkarte</u>                      | <input 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

**IX. 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

**X. 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

**XI. 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 \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
Ort 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 unseres Kunden/Ihres Patienten vollständig in Druckschrift zu beantworten, damit wir die Leistungspflicht aus der Reiseabbruch-Versicherung (Urlaubsgarantie) beurteilen können.

Name des Patienten	Geburtsdatum
Straße, PLZ, Wohnort	

1. a) Welche Erkrankung/Unfall führte zum Reiseabbruch? Bitte genaue Diagnose mit ICD-Code angeben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) Vorgeschichte/Gesamtanamnese (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?  Nein  Ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Wenn Ja, bitte eine Kopie der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung beifügen!
- b) Wenn Nein, bitte Begründung: \_\_\_\_\_
5. Vollstationäre Behandlung?  Nein  Ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Wenn Ja, bitte auch unbedingt den Entlassungsbericht oder 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 beiden letzten Jahren im Einzelnen Behandlungen zu der/den oben angegebenen Erkrankung/en? Bitte mit detaillierten Datumsangaben!  
\_\_\_\_\_
- c) An welchen dieser Daten erfolgte die Behandlung aufgrund einer Verschlechterung der bestehenden Erkrankung?  
\_\_\_\_\_
9. Bestanden zur Zeit der Reisebuchung (Datum: \_\_\_\_\_) Bedenken, ob der/die Patient/in die geplante Reise ohne gesundheitliches Risiko durchführen kann? \_\_\_\_\_
10. Wurden Sie nach der weiteren Reisefähigkeit gefragt?  Nein  Ja, erstmals am \_\_\_\_\_  
letztmalig am \_\_\_\_\_
11. Wann (Datum) haben Sie zum Abbruch der Reise geraten? \_\_\_\_\_
12. Erfolgte eine Überweisung an einem Facharzt?  Nein  Ja, am: \_\_\_\_\_

Bitte den Namen und die Anschrift des Arztes hier angeben!

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes