

BD24 Berlin Direkt Versicherung AG
Wrangelstr. 100
D-10997 Berlin

Oder einfach per E-Mail an:
schaden@berlin-direkt.at

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße: _____ Haus-Nr: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Vorwahl: _____ Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

**Schadenanzeige zur
Reiseabbruch-Versicherung**

zur Versicherungs-Nr.: _____

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,

Sie mussten Ihre Reise leider abbrechen, unterbrechen oder außerplanmäßig verlängern. Um Ihren Schadenfall schnell bearbeiten zu können, benötigen wir von Ihnen wichtige Angaben. Bitte füllen sie daher diese Schadenanzeige genau und vollständig aus. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

I. Angaben zur Reise

1) Reiseveranstalter: _____ Reiseziel: _____

2) Reisebüro: _____

3) Gebucht am: _____ abgebrochen am: _____

4) Beginn der Reise: _____ urspr. Ende der Reise: _____

II. Welche Reisetilnehmer mussten die Reise abbrechen? (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

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: _____

V. Grund des Reiseabbruchs:

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|---|---|
| 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. |
| Impfungsverträglichkeit | <input type="checkbox"/> | | Bitte senden Sie uns eine ärztliche Bestätigung. |
| 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? _____

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?

 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. Erstattungskonto

(Kostenerstattungen überweisen wir ausschließlich auf das Konto des Versicherungsnehmers)

IBAN: _____ BIC: _____

Bankname: _____ Land: _____

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

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

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

Vers.-Nr.: _____

Schaden-Nr.: _____

Belehrung nach § 6 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

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**I. 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 § 6 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 BD24 Berlin Direkt Versicherung gezahlten Leistungen an die BD24 Berlin Direkt Versicherung ab.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter

Ärztliche Bescheinigung

Vers.-Nr.: _____

Schaden-Nr.: _____

Sehr geehrter Arzt, sehr geehrte Ärztin,

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 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