

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
Reise-Rücktrittsversicherung**

zur Versicherungs-Nr.: _____

Sehr geehrter Kunde,

Sie mussten Ihre Reise leider stornieren. Damit wir Ihren Schadenfall schnell bearbeiten können, benötigen wir von Ihnen wichtige Angaben. Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige daher 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) _____

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

Geben Sie bitte auch das Verwandtschaftsverhältnis an.

IV. Kosten der Stornierung / der Hinreise-Mehrkosten / der Umbuchung:

Stornokosten bzw. entst. Kosten _____ EUR, diese entspreche _____ % vom Reisepreis
Stornokosten bzw. entst. Kosten _____ EUR, diese entspreche _____ % vom Reisepreis
Stornokosten bzw. entst. Kosten _____ EUR, diese entspreche _____ % vom Reisepreis

Bitte beachten Sie, dass je nach ausgewähltem Tarif und Produkt ein Selbstbehalt anfällt.

V. Grund der Reisetornierung :

- | | | | |
|---|--------------------------|---|---|
| Krankheit | <input type="checkbox"/> | } | Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen vom behandelnden Arzt ausfüllen. |
| Unfall | <input type="checkbox"/> | | |
| Schwangerschaft oder Impfunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> | | Bitte senden Sie uns ein ausführliches Attest des behandelnden Arztes bzw. des Frauenarztes zu. |
| Arbeitslosigkeit aufgrund betriebsbedingter Kündigung | <input type="checkbox"/> | | Bitte senden Sie uns das Kündigungsschreiben Ihres Arbeitsmarktservice und die Bestätigung des Arbeitsmarktservice zu. |
| Arbeitsplatzwechsel bzw. Wiederaufnahme eines Arbeitsverhältnisses | <input type="checkbox"/> | | Bitte senden Sie uns die Kündigungsbestätigung des alten Arbeitgebers bzw. den Aufhebungsbescheid der Arbeitsmarktservice und den neuen Arbeitsvertrag. |
| Tod | <input type="checkbox"/> | | Bitte senden Sie uns die Sterbeurkunde in Kopie und teilen Sie uns das Verwandtschaftsverhältnis mit. |

sonstige Gründe : _____

 Ist der Versicherungsfall (z. B. Unfall) durch eine fremde Person verursacht worden? Nein Ja Wenn ja, geben Sie bitte Namen und genaue Anschrift dieser Person an, sowie 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:

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"/> |
| Stornokostenrechnung | <input checked="" type="checkbox"/> | Reisebedingungen des Reiseveranstalters | <input type="checkbox"/> |
| Mietvertrag | <input type="checkbox"/> | Mietbedingungen des Vermieters | <input type="checkbox"/> |
| Flugtickets (oder Nachweis zum No-show) | <input checked="" type="checkbox"/> | Zahlungsnachweis bei Buchung mit Kreditkarte inkl. Mitteilung zur Gültigkeitsdauer | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | Original der Stornokostenrechnung wurde vom Veranstalter nicht zur Verfügung gestellt | <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

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 §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 geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

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 Reisesstornierung 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 ggf. Arbeitsunfähigkeit (AU)? 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 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 seit Diagnosestellung (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! (Bitte hierzu ggf. ein Extrablatt verwenden) _____

 c) An welchen dieser Daten erfolgte die Behandlung auf. 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 ggf. 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