

Name und Anschrift des Kunden

Bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden an

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

**Schadenanzeige zur
Reise-Rücktrittsversicherung**

zur Versicherungs-Nr.: _____

Sehr geehrter Kunde,
Sie haben leider Ihre Reise stornieren 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: _____ 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 entsprechen _____ % vom Reisepreis.
Stornokosten bzw. entst. Kosten _____ EUR, diese entsprechen _____ % vom Reisepreis.
Stornokosten bzw. entst. Kosten _____ EUR, diese entsprechen _____ % 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 Arbeitgebers und die Bestätigung der Arbeitsagentur zu. |
| Arbeitsplatzwechsel bzw. Wiederaufnahme eines Arbeitsverhältnisses | <input type="checkbox"/> | | Bitte senden Sie uns die Kündigungsbestätigung des alten Arbeitgebers bzw. den Aufhebungsbescheid der Arbeitsagentur 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 :

Reiseabbruch: Bitte die Schadenanzeige zur Urlaubsgarantie unter www.hmr.de/service/schadenformulare verwenden.

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 (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"/> |
| Stornokostenrechnung im Original | <input checked="" type="checkbox"/> | Reisebedingungen des Reiseveranstalters | <input type="checkbox"/> |
| Mietvertrag im Original | <input type="checkbox"/> | Mietbedingungen des Vermieters | <input type="checkbox"/> |
| Flugtickets im Original (außer wenn refund)
Bei E-Ticketing einen Nachweis über den Nichtantritt | <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.

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 HanseMercur Reiseversicherung AG gezahlten Leistungen an die HanseMercur Reiseversicherung AG ab.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter

XI. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten, Schweigepflichtentbindungserklärung und ärztliche Bescheinigung

Versicherungs-Nr.:
Schaden-Nr.:

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HanseMercur Reiseversicherung AG

Ich willige ein, dass die HanseMercur Reiseversicherung AG die von mir in diesem Leistungsantrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung, Leistungsprüfung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Einzelfalleinwilligung zur Prüfung der Leistungspflicht (Schweigepflichtentbindung)

Sofern Sie nicht selber erkrankt oder verunfallt sind, lassen Sie die Erklärung bitte von der Person unterzeichnen, deren Gesundheitsdaten erhoben bzw. verwendet werden sollen (versicherte Person oder Risikoperson, z. B. Eltern, Kinder, Großeltern ect.).

Die Erklärung stellt keine generelle Entbindung von der Schweigepflicht dar, sondern erstreckt sich nur auf Auskünfte über die Erkrankungen, welche im Zusammenhang mit der Reisetornierung stehen. Sie bzw. die Person, über die gesundheitsbezogene Daten erhoben werden sollen, haben die Möglichkeit, die Abgabe der nachfolgenden Erklärungen zu verweigern. In diesem Falle ruht eine etwaige Leistungspflicht der HanseMercur Reiseversicherung AG mindestens bis zu dem Zeitpunkt, in welcher ihr die Möglichkeit zur Leistungsprüfung wieder möglich gemacht wird.

Ich willige ein, dass die HanseMercur Reiseversicherung – soweit dies für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei

Name: _____

Adresse: _____

Name: _____

Adresse: _____

Name: _____

Adresse: _____

erhebt und zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und –verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die HanseMercur Reiseversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die HanseMercur Reiseversicherung AG an diese Stelle weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die HanseMercur Reiseversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die HanseMercur Reiseversicherung AG benötigt hierzu Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die HanseMercur Reiseversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die HanseMercur Reiseversicherung zurück übermittelt werden.

Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die HanseMercur Reiseversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von Ihrer Schweigepflicht.

