HanseMerkur
Reiseversicherung AG

Name und Anschrift des Kunden

Abt. RLK-Leistung

Servicebüro Wien
Untere Donaustr. 47
1020 Wien
Tel.: 01 3177-859
Fax: 01 3177-860
E-Mail: Reiseleistung@hansemerkur.at

>> Dokumente an diese E-Mail Adresse senden!

Schadenanzeige Stornoschutz-Versicherung

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) _____

6) _____

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 ausgewählten Tarif ein Selbstbehalt anfallen kann.

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Abt. RLK-Leistung
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg, Deutschland
Tel.: +49 040 4119-2300, Fax: -3586, www.hmrv.de

>> Bitte zutreffendes ankreuzen!

HanseMerkur Reiseversicherung AG

V. Grund der Reisestornierung :

Krankheit	☐	➔	Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen vom behandelnden Arzt ausfüllen.
Unfall	☐		
Schwangerschaft oder Impfunverträglichkeit	☐	➔	Bitte senden Sie uns ein ausführliches Attest des behandelnden Arztes bzw. des Frauenarztes zu.
Arbeitslosigkeit aufgrund betriebsbedingter Kündigung	☐	➔	Bitte senden Sie uns das Kündigungsschreiben Ihres Arbeitgebers und die Bestätigung der Arbeitagentur zu.
Arbeitsplatzwechsel bzw. Wiederaufnahme eines Arbeitsverhältnisses	☐	➔	Bitte senden Sie uns die Kündigungsbestätigung des alten Arbeitsgebers bzw. den Aufhebungsbescheid der Arbeitsagentur und den neuen Arbeitsvertrag.
Tod	☐	➔	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.hmrv.at verwenden.

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 ? _____

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, IBAN-Nr., BIC-Code, Name und Anschrift der Bank)

_____

_____

_____

Unterschrift des Versicherten

VIII. Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zu, damit wir den Schadenfall für Sie bearbeiten können :

Versicherungsschein	☒	Nachweis über die Zahlung der Vers.-Prämie	☒
Reise-Buchungsbestätigung/1. Rechnung des Reiseveranstalters (Kopie)	☒	Teilnehmerliste des Reiseveranstalters	☐
Stornokostenrechnung im Original	☒	Reisebedingungen des Reiseveranstalters	☐
Mietvertrag im Original	☐	Mietbedingungen des Vermieters	☐
Flugtickets im Original (außer wenn refund)	☐	Zahlungsnachweis bei Buchung mit Kreditkarte inkl. Kopie der Kreditkarte	☒

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

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Abt. RLK-Leistung
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg, Deutschland
Tel.: +49 040 4119-2300, Fax: -3586, www.hmrv.de

Versicherungs-/Vorgangs-/Buchungs-Nr.: _____
Bitte angeben, sofern nicht vorgegeben

Schaden-Nr.: _____
Bitte angeben, sofern bekannt

IX. 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.

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

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Abt. RLK-Leistung
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg, Deutschland
Tel.: +49 040 4119-2300, Fax: -3586, www.hmrv.de

>> Falls Sie keine andere Arztbestätigung haben, können Sie diese verwenden!

X. 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 _____ _____
Ort Datum Unterschrift der Person, über welche Daten erhoben werden sollen

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Abt. RLK-Leistung
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg, Deutschland
Tel.: +49 040 4119-2300, Fax: -3586, www.hmrv.de

HanseMerkur
Reiseversicherung AG

Ärztliche Bescheinigung:

Vers.-Nr.:
Schaden-Nr.:

Sehr geehrte/r Frau/Herr Doktor,
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 Reisestornierung 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 Arbeitsunfähigkeit (AU)? ☐ Nein ☐ Ja, vom _____ bis _____
   Wenn Ja, bitte eine Kopie der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung beifügen!

   b) Wenn Nein, bitte Begründung: _____
5. Stationäre 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! _____

   c) An welchen dieser Daten erfolgte die Behandlung aufgr. 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**

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Abt. RLK-Leistung
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg, Deutschland
Tel.: +49 040 4119-2300, Fax: -3586, www.hmrv.de