HanseMerkur
Reiseversicherung AG

Name und Anschrift des Kunden

Bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden an:

Kreditkarten Gold-ServiceCenter
MEHRWERK GmbH
Am Lenkwerk 5
33609 Bielefeld

Schadenanzeige zur Reise-Rücktrittsversicherung und Reiseabbruch-Versicherung

zur Kreditkarten-Nr.: _____

Kreditinstitut: Sparkasse Osnabrück

Sehr geehrte Kundin, 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/abgebrochen am: _____

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

II. Welche Reiseteilnehmer haben die Reise storniert/abgebrochen? (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail)

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

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

_____

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

IV. Angefallene Kosten:

Reise-Rücktrittsversicherung

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

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

Reiseabbruch-Versicherung (Urlaubsgarantie)

Zusätzliche Rückreisekosten bzw. entstandene Kosten _____ EUR.

Verpasste Reiseleistungen bzw. entstandene Kosten _____ EUR.

Bitte beachten Sie, dass ein Selbstbehalt anfällt.

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Tel.: 040 4119-2300, Fax: -3586, www.hmrv.de

V. Grund der Reisestornierung / des Reiseabbruchs :

Krankheit ☐ / **Unfall** ☐	}	➔	Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen vom behandelnden Arzt ausfüllen.
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 : _____

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 oder über eine Mitgliedschaft (ADAC, BAVC)?

☐ Nein ☐ Ja ____ Wenn ja, nennen Sie uns bitte die Versicherungsnummer / Mitgliedsnummer und den Namen der anderen Versicherung bzw. des Vereines. _____

_____

Wurde der Schadenfall ggf. dort gemeldet? ☐ Nein ☐ Ja

VII. An wen sollen eventuelle Versicherungsleistungen gezahlt werden? Bitte nennen Sie uns Name, Anschrift und Bankverbindung (Kreditinstitut, Bankleitzahl, Konto-Nr., BIC, IBAN, Konto-Inhaber sowie Bank-Anschrift bei Auslandszahlungen)

_____

_____

_____

Unterschrift des/der Kreditkarten-Inhabers/Inhaberin

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

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) Bei E-Ticketing einen Nachweis über den Nichtantritt	☒	Gültigkeitsnachweis der Kreditkarte	☒

Original der Stornokostenrechnung wurde vom Veranstalter nicht zur Verfügung gestellt ☐

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

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Tel.: 040 4119-2300, Fax: -3586, www.hmrv.de

zur Kreditkarten-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 Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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/in bzw. versicherte Person oder gesetzliche(r) Vertreter/in

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/in bzw. versicherte Person oder gesetzliche(r) Vertreter/in

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Tel.: 040 4119-2300, Fax: -3586, www.hmrv.de

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

Kreditkarten-Nr.:
Schaden-Nr.:

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

Ich willige ein, dass die HanseMerkur 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 etc.).

Die Erklärung stellt keine generelle Entbindung von der Schweigepflicht dar, sondern erstreckt sich nur auf Auskünfte über die Erkrankungen, welche im Zusammenhang mit der Reisestornierung 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 HanseMerkur Reiseversicherung AG mindestens bis zu dem Zeitpunkt, in welcher ihr die Möglichkeit zur Leistungsprüfung wieder möglich gemacht wird.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur Reiseversicherung – soweit dies für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei den folgenden Ärzten

Name: _____
Adresse: _____

Name: _____
Adresse: _____

Name: _____
Adresse: _____

erhebt und zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht verwendet.

Ich befreie die oben genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und stimme zu, dass meine zulässigerweise dort gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen und Daten aus Versicherungsanträgen und –verträgen anderer Versicherungsunternehmen an die HanseMerkur Reiseversicherung AG übermittelt werden dürfen.

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

3. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

Ich willige ein, dass die HanseMerkur 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 HanseMerkur Reiseversicherung zurück übermittelt werden.

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

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Tel.: 040 4119-2300, Fax: -3586, www.hmrv.de

4. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen

Die HanseMerkur Reiseversicherung führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. den Notruf-Service oder die telefonische Kundenberatung, bei denen es zur Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Die HanseMerkur Reiseversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die HanseMerkur Reiseversicherung erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die derzeitige Liste kann im Internet unter www.hansemerkur.de/service/datenschutz eingesehen oder schriftlich angefordert werden.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur Reiseversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wie die HanseMerkur Reiseversicherung dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der HanseMerkur Reiseversicherung AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

5. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die HanseMerkur Reiseversicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die HanseMerkur Reiseversicherung AG Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können Sie kontrollieren, ob die HanseMerkur Reiseversicherung den Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die HanseMerkur Reiseversicherung unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die HanseMerkur Reiseversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

_____ den _____ _____

Ort | Datum | Unterschrift der Person, über welche Daten erhoben werden sollen bzw. des gesetzlichen Vertreters

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Tel.: 040 4119-2300, Fax: -3586, www.hmrv.de

HanseMerkur
Reiseversicherung AG

Ärztliche Bescheinigung:

Kreditkarten-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 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 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
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Tel.: 040 4119-2300, Fax: -3586, www.hmrv.de