

Bitte zurücksenden an:

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Abt. Abteilung Reise-Leistung
Postfach
20352 Hamburg

Schadenmeldung und Attest zur Reise-Rücktrittsversicherung

Sie haben 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.

Haben Sie die Reise aufgrund einer Krankheit, einer Schwangerschaft oder einer Unfallverletzung storniert, bitten wir Sie, die 5. Seite des Formulars gemeinsam mit Ihrem Arzt auszufüllen. Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Versicherungsnummer: _____

1. Angaben zum Zahlungsempfänger:

Nachname: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ/Wohnort: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

IBAN: _____



2. Angaben zur Reise/Veranstaltung und zum Versicherungsfall

Reiseziel: _____

Buchungsdatum: _____ Storno-Datum: _____
Tag Monat Jahr Tag Monat JahrReise/ Veranstaltung von: _____ bis : _____
Tag Monat Jahr Tag Monat JahrGrund der Reisesstornierung /
des Reiseabbruchs: Krankheit Schwangerschaft Unfallverletzung Sonstiges

Bei Unfallverletzung ggf. Fremdverschulden durch?

Name / Anschrift: _____

Angaben zur schadenauslösenden Person, wenn nicht identisch Versicherungsnehmer

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____
Tag Monat Jahr

Verhältnis zu den vers. Personen: _____

3. Angaben zu weiteren VersicherungenBesteht für eine oder mehrere der versicherten Personen eine zusätzliche Reise-Rücktrittsversicherung /
Kreditkarten? ja, bei Gesellschaft/Kreditkartenunternehmen: _____

Versicherungsnummer _____

Wurde der Schaden dort gemeldet? ja nein nein, es besteht keine weitere Reise-Rücktrittsversicherung

4. Erklärungen und Einwilligungen

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/ in Höhe der von der HanseMerkur Reiseversicherung AG gezahlten Leistungen an die HanseMerkur Reiseversicherung AG ab.

Ich habe weiterhin die Einwilligung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung der HanseMerkur Reiseversicherung AG unter www.hmr.de/datenschutz/gesundheitsdaten-und-schweigepflichtentbindung gelesen und akzeptiert.

Hinweis zum Datenschutz: Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten zur Vertragserfüllung. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie unter www.hmr.de/datenschutz/information oder fordern Sie diese gern bei uns an.

Einwilligung in die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail bei der Regulierung meines Leistungsfalls:

Mir ist bekannt, dass beim E-Mail-Versand unter Umständen unbefugte Dritte vom Inhalt Kenntnis nehmen können.

Ich willige ein, dass die Kommunikation über meine auf S. 1 aufgeführte E-Mail-Adresse per unverschlüsselter E-Mail bei der Regulierung meines Leistungsfalls erfolgt. Diese Einwilligung erstreckt sich ausdrücklich auch auf Gesundheitsdaten. Ich kann diese Einwilligung jederzeit über reiseleistung@hansemerkur.de unter Angabe der Versicherungs- oder Schaden-Nr. widerrufen.

Ich möchte, dass die Kommunikation per Briefpost durchgeführt wird.

Die Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift meldende Person

Unterschrift Versicherungsnehmer

5. Benötigte Unterlagen

Für die Bearbeitung Ihres Schadenfalles brauchen wir die nachfolgend aufgeführten Unterlagen:

Folgende Unterlagen sind der Schadenanzeige beigefügt:	Ja	Nein
Versicherungsschein / Police der Reiseversicherung (Nicht Policen-Nummer des Sicherungsscheins für Pauschalreisen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweis über ein versichertes Ereignis. Im Falle einer Erkrankung, bei Schwangerschaft oder Unfall bitte nur die angehängte ärztliche Bescheinigung verwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reise-Buchungsbestätigung / 1. Rechnung des Reiseveranstalters (Kopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stornorechnung / Mietausfallrechnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arztfragebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweis über Erstattung der Steuern und Gebühren bei Flugtickets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Falle einer stationären Krankenhausbehandlung eine Kopie des vollständigen Entlassungsberichtes (dieser ersetzt nicht die angehängte ärztliche Bescheinigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie die Reise aufgrund einer Krankheit, einer Schwangerschaft oder einer Unfallverletzung storniert, bitten wir Sie, die folgenden Seiten von Ihrem behandelnden Arzt ausfüllen zu lassen.

Dabei sind immer konkrete Datumsangaben (Tag, Monat, Jahr) erforderlich, ansonsten kann es zu Rückfragen kommen. Zudem führt nur das vollständige Ausfüllen zu einer Regulierung. Vielen Dank für Ihre Hilfe.

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN

Patientin/ Patient Nachname: _____

Patientin/ Patient Vorname: _____

Patientin/ Patient Geburtsdatum: _____
Tag Monat Jahr

6. Bei Erkrankung auszufüllen

Welche Erkrankung/ Diagnose führte zur Reise-/ Teilnahme-Unfähigkeit?:
(bitte ICD 10 Code unbedingt angeben)

____ . ____
ICD 10 Code

Bezeichnung

____ . ____
ICD 10 Code

Bezeichnung

____ . ____
ICD 10 Code

Bezeichnung

Wann (Datum) war der erste Arztbesuch? _____
Tag Monat Jahr

Wann (Datum) erfolgte die Diagnosestellung? _____
Tag Monat Jahr

Wann (Datum) war aufgrund der gesundheitlichen Beschwerden bzw. der gestellten Diagnose nicht mehr sicher, dass die Reise planmäßig angetreten werden kann?

____ . ____
Tag Monat Jahr

War der Patient beim ersten Arztbesuch reisefähig?

ja

nein/nicht zumutbar

Wurde eine stationäre Behandlung durchgeführt?

Ja, von _____ bis : _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Wenn berufs-/erwerbstätig: Lag eine Arbeitsunfähigkeit vor?

Ja, von _____ bis : _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Anmerkungen

7. Bei bekannten Vorerkrankung bitte zusätzlich angeben

Welche Vorerkrankung bestand, die im Zusammenhang mit den aktuellen Behandlungen steht?

(bitte ICD 10 Code unbedingt angeben)

____ . ____
ICD 10 Code

Bezeichnung

Seit wann (Datum) ist die Vorerkrankung bekannt?

____ / ____ / ____
Tag Monat Jahr

Wann (Datum) war die letzte Behandlung der Vorerkrankung / des Schubes aufgrund gesundheitlicher Beschwerden (keine Kontrolluntersuchungen)?

____ / ____ / ____
Tag Monat Jahr

8. Bei festgestellter Schwangerschaft auszufüllen

Wann (Datum) wurde die Schwangerschaft erstmals festgestellt?

____ / ____ / ____
Tag Monat Jahr

SSW _____

Wann (Datum) traten ggf. Komplikationen in der Schwangerschaft auf und wenn ja, in welcher Form?

____ / ____ / ____
Tag Monat Jahr

9. Bei einer schweren Unfallverletzung auszufüllen

ICD 10 Code (bitte unbedingt angeben)
(bitte ICD 10 Code unbedingt angeben)

____ . ____
ICD 10 Code

Bezeichnung

Wann (Datum) ist die Unfallverletzung eingetreten?

____ / ____ / ____
Tag Monat Jahr

Wann (Datum) wurde die Diagnose gestellt?

____ / ____ / ____
Tag Monat Jahr

Wann (Datum) war aufgrund der gesundheitlichen Beschwerden bzw. der gestellten Diagnose nicht mehr sicher, dass die Reise planmäßig angetreten werden kann?

____ / ____ / ____
Tag Monat Jahr

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Arzt-Stempel

Für diese ärztliche Bescheinigung habe ich meiner Patientin/meinem Patienten nach Ziffer 70 GOÄ einen Betrag von 8,16 EUR in Rechnung gestellt. Eine Erstattung erfolgt nur über den Versicherungsnehmer.