

Bitte zurücksenden an

Versicherungsnummer

HanseMerkur Reiseversicherung AG  
Leistungsabteilung  
Siegfried-Wedells-Platz 1  
20354 Hamburg

### Angaben zu einem Versicherungsfall in der Reise-Krankenversicherung für langfristige Auslandsreisen

Bitte füllen Sie alle Felder vollständig und gut lesbar aus. Beachten Sie bitte, dass Sie durch falsche oder unvollständige Angaben Ihren Versicherungsschutz verlieren können. Lesen Sie hierzu bitte auch den Hinweis zu § 28 VVG auf der letzten Seite.

#### Allgemeines

Bitte fügen Sie den Versicherungs- und Prämienzahlungsnachweis bei.

#### Angaben zur erkrankten Person:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit(en): \_\_\_\_\_

Beruf/ausgeübte Tätigkeit zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles: \_\_\_\_\_

Wo und wie ist die erkrankte Person erreichbar?

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

E-Mail/Fax: \_\_\_\_\_ Telefon (privat mit Vorwahl): \_\_\_\_\_

Telefon (mobil): \_\_\_\_\_ Telefon (beruflich mit Vorwahl): \_\_\_\_\_

#### Angaben zur Bankverbindung:

An wen soll die Versicherungsleistung gezahlt werden (Auszahlungen sind nur per Überweisung möglich)?

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Name, Ort Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BLZ/BIC/SWIFT/Branch-Code: \_\_\_\_\_

Konto-/IBAN-Nr.: \_\_\_\_\_



**Angaben zur Reise:**

- a) Beginn des Auslandsaufenthaltes und geplantes Reiseende: \_\_\_\_\_  
Bitte fügen Sie als Nachweis eine Kopie Ihres Bus-, Bahn-, Flugtickets, von Ihrer Buchungsbestätigung oder vom Einreisestempel in Ihrem Reisepass bei.
- b) Was war der Anlass Ihrer Reise?  Urlaubsreise  Geschäftsreise  Sonstiges \_\_\_\_\_
- c) In welchem Land wurden Sie behandelt? \_\_\_\_\_
- d) Besteht für Sie in diesem Land ein (weiterer) Wohnsitz?  Ja  Nein  
Falls ja, geben Sie bitte die Anschrift an: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Angaben zum Versicherungsfall**

Bitte reichen Sie die Arztrechnungen, Rezepte, Quittungen und ärztliche Verordnungen im Original ein. Falls eine Vorleistung, z.B. durch Ihre gesetzliche Krankenversicherung erfolgt, genügt auch eine Kopie mit einem Erstattungsvermerk. Bei einer stationären Behandlung fügen Sie bitte auch eine Kopie des Entlassungsberichts bei.

**Angaben zur Zahlung der Rechnung(en)**

- a) In welcher Währung haben Sie die Rechnung(en) bezahlt? \_\_\_\_\_
- b) Welchen Erstattungsbetrag in EUR erwarten Sie? \_\_\_\_\_
- c) Wie haben Sie die Rechnung(en) bezahlt? Bitte fügen Sie ab einem umgerechneten Betrag in Höhe von 500,00 EUR einen Zahlungsnachweis bei.  
 Barzahlung  Überweisung  Kreditkarte  Sonstige Zahlung bitte angeben:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hat die Behandlung infolge einer Impfung oder Vorsorgeuntersuchung stattgefunden?**

- Impfung  Vorsorgeuntersuchung

**Bei Erkrankungen:**

- a) Wegen welcher Krankheit(en) mussten Sie behandelt werden?  
Bitte beschreiben Sie die Diagnose mit eigenen Worten.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) Wann traten die ersten Beschwerden auf? Bitte geben Sie ein Datum an. \_\_\_\_\_



**Weitere Angaben zum Versicherungsfall:**

a) Wann wurden Sie aufgrund der genannten Krankheit(en) oder Beschwerden erstmals ärztlich behandelt?

Bitte geben Sie ein Datum an. \_\_\_\_\_

b) Wurden Sie wegen dieser Krankheit(en) vor Reisebeginn bereits behandelt?  Ja  Nein

c) Handelt es sich um die Folge einer vor Reiseantritt behandelten Krankheit bzw. eines vor Reiseantritt behandelten Unfalls?  Ja  Nein

Wenn ja, teilen Sie uns bitte die Behandlungszeiträume sowie die behandelnden Ärzte mit. Bitte geben Sie Name, Anschrift und Telefonnummer an.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Wer ist bzw. war in den letzten 12 Monaten vor Reiseantritt Ihr Haus-/Zahn-/Facharzt?  
Bitte teilen Sie uns die Namen und Anschriften der Ärzte sowie die Behandlungszeiträume und die Diagnosen mit. Sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) Nennen Sie uns bitte alle Ärzte, von denen Sie während Ihres Auslandsaufenthaltes aufgrund der genannten Krankheiten behandelt wurden (Name, Adresse, Telefon- und Faxnummer, E-Mail). Sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Angaben zu weiteren Versicherungen:**

- a) Besteht für Sie anderweitig Versicherungsschutz für Auslandsreisen, z. B. über eine Kreditkarte (EuroCard, VISA, Amex, Diners Barclay-Card), eine Mitgliedschaft (z. B. ADAC, ASB, DRK) oder eine andere Vereinigung mit Rettungsdienstleistungen?  Ja  Nein

Falls ja, nennen Sie uns bitte die Mitgliedsnummer/ Kreditkartennummer und den Namen des Kreditkarteninstitutes/ Rettungsdienstes.

---

---

- b) Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung bzw. über welche anderen Verträge sind oder waren Sie in den letzten 3 Jahren krankenversichert (auch Zusatzversicherungen zur gesetzlichen Krankenkasse)? Bitte nennen Sie Name, Anschrift, Vertragsnummer.

---

---

---

- c) Sind die uns eingereichten Rechnungsunterlagen noch bei einer anderen Versicherung eingereicht worden?  Ja  Nein

Falls ja, fügen Sie bitte eine Kopie des Abrechnungsschreibens der anderen Versicherung bei.

- d) Haben Sie in den letzten 3 Jahren bei einem anderen Versicherer Arztrechnungen zur Erstattung eingereicht?  Ja  Nein

Falls ja, geben Sie bitte das Jahr, das Behandlungsland, den Namen sowie die Adresse und Vertragsnummer der Versicherungsgesellschaft an.

---

---

---



## Hinweise gemäß § 28 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall.

### 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 Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen 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 verpflichtet.

### 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 habe ich zur Kenntnis genommen.

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](http://www.hmr.de/datenschutz/information) oder fordern Sie diese gern bei uns an.

---

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Unterschrift versicherte Person  
(oder gesetzlicher Vertreter)

