



HanseMerkur

Vakuutuksenottajan nimi ja osoite (FI)

Täytä lomake ja lähetä se seuraavaan osoitteeseen:

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o SOS International a/s
Nitivej 6
DK-2000 Frederiksberg
Sähköposti: claim-service@hansemerkur.dk

Korvaushakemuslomake: matkan keskeytys (UG)

Vakuutus nro. / Vakuutuskorvaus nro: _____

Hyvä vakuutuksenottaja!

Olet valitettavasti joutunut keskeyttämään matkasi. Tarvitsemme sinulta muutamia tietoja, jotta voimme käsitellä korvaushakemuksesi mahdollisimman tehokkaasti. Täytä lomake niin tarkkaan kuin mahdollista tarpeettomien kyselyjen ehkäisemiseksi. Kiitos yhteistyöstä. Jos jokin asia jää epäselväksi, voit aina ottaa yhteyttä meihin. Vahingonselvitys suoritetaan englannin kielellä.

Tietosuojaa koskeva huomautus: tallennamme henkilötietosi sopimuksen täyttämiseksi. Lisätietoja tietosuojasta ja siihen liittyvistä oikeuksista on osoitteessa <https://www.hmr.de/en/privacy/information> tai pyydä heitä meiltä.

I. Matkan tiedot:

1) Matkanjärjestäjä: _____ Kohdema: _____

2) Matkatoimisto: _____

3) Matkan aloituspäivämäärä: _____ Matkan lopetuspäivämäärä: _____

4) Varauspäivämäärä: _____ Keskeytyspäivämäärä: _____

II. Matkan keskeyttäneiden matkustajien tiedot (nimi, osoite, syntymäaika, sähköposti)

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

III. Korvaushakemuksen vireillepanneen henkilön nimi ja osoite:

Kerro lisäksi tämän henkilön suhde matkustajiin, jos hän ei ole yksi matkustajista.

IV. Paluu / käyttämättömät palvelut / muut kustannukset:

Paluumatkat: _____

Käyttämättömät matkapalvelut: _____

Muut vaatteet: _____

V. Keskeytyksen syy:

Sairastuminen
Onnettomuus

☐
☐


Anna oheinen kysely asiaa hoitaneen lääkärin täytettäväksi.

Raskaus
Yhteensopimattomuus
rokotteen kanssa

☐
☐


Liitä mukaan lääkärin tai gynekologin todistus.



Liitä mukaan lääkärintodistus.

Työttömyys, joka johtuu
irtisanomisesta taloudellisista
syistä

☐


Liitä mukaan työnantajan todistus irtisanomisesta
ja työvoimatoimiston todistus työttömyydestä.

Kuolema

☐


Liitä mukaan kopio kuolintodistuksesta ja tiedot vainajan suhteesta
korvaushakemuksen tekijään.

Muu syy: _____

Jos vakuutustapahtuma (esim. onnettomuus) oli kolmannen osapuolen aiheuttama, anna kolmannen osapuolen tarkat nimi- ja osoitetiedot.
Jos kyseessä oli liikenneonnettomuus, ilmoita mahdollisuuksien mukaan myös asiaa hoitanut poliisiasema.

Milloin vakuutustapahtuma tapahtui? _____

Sairastumistapaukset: Olitko työkyvytön?

☐ Ei

☐ Kyllä

Jos vastasit kyllä, liitä hakemusasiakirjoihin kopio työkyvyttömyystodistuksesta ja anna työnantajan nimi ja osoite:

Syy matkan keskeytykselle: _____

Matkan keskeytyksen päivämäärä: _____

Jos keskeytit matkasi, lähetä meille alkuperäiset kuitit paluumatkasi lisäkustannuksista, kuten hotellilaskut, lentoliput, junaliput jne.

VI. Kenelle korvaus maksetaan?

(nimi, osoite, puhelinnumero, pankkitili IBAN-muodossa, BIC/Swift/ABA)

Vakuutuksenottajan allekirjoitus

VII. Hakemuksen käsittelyyn tarvitaan seuraavat asiakirjat:

Vakuutuskirja

☒

Todiste vakuutusmaksun maksamisesta

☒

Matkan varausvahvistus (kopio)

☒

Matkanjärjestäjän matkustajaluettelo
(ryhmämatkat)

☐

Peruutuslasku (alkuperäinen)

☒

Matkanjärjestäjän matkaehdot

☐

Vuokrasopimus (alkuperäinen)

☐

Vuokrausehdot

☐

Lentolippu (alkuperäinen)

☐

Todisteet muista paluumatkakustannuksista

☐

Paikallisen lääkärin lääkärintodistus

☒

Todiste luottokorttimaksusta

☐

Älä nido tai kiinnitä asiakirjoja hakemukseen. Kiitos avustasi!



VIII. Tietoa velvollisuuden laiminlyömisestä seurauksista vakuutustapahtuman jälkeen

Tiedot

Hyvä asiakas!

Tarvitsemme apuasi vakuutustapahtuman jälkeen.

Velvollisuus antaa tietoa ja avustaa tapahtuman selvittelyssä

Saamme pyytää sinulta sopimusvelvoitteen perusteella kaikkia korvausvastuumme laajuuden selvittämiseksi tarvittavia tietoja (tiedonantovelvollisuus) sekä apua tapahtuman selvittämisessä (selvittämisvelvollisuus), jotta voimme arvioida korvaushakemuksen mahdollisimman perusteellisesti. Saamme lisäksi pyytää sinulta myös selvittelyä tukevia asiakirjoja, sikäli kuin on kohtuullista.

Edunmenetykset

Jos et sopimusvelvoitteidesi vastaisesti anna meille tarvitsemiamme tietoja tai jos annat virheellistä tietoa tai tahallisesti jätät toimittamatta pyytämiämme tukiasiakirjoja, menetät oikeuden mahdolliseen haitankorvaukseen. Jos tällainen velvollisuuksien noudattamatta jättäminen perustuu törkeään huolimattomuuteen, saatamme vähentää korvauksen määrää suhteessa huolimattomuuden vakavuuteen. Korvausta ei vähennetä, jos voit todistaa, ettei velvoitteiden täyttämättä jättäminen johdu törkeästä huolimattomuudesta.

Tiedonanto- tai selvittämisvelvollisuuden tai tukiasiakirjojen antamisen laiminlyönnistä huolimatta olemme kuitenkin korvausvelvollisia, jos voit todistaa, ettei laiminlyönti koske vakuutustapahtuman tai meidän korvausvastuumme laajuuden osoittamista.

Jos käytät selvittämis- tai tiedonantovelvollisuuttasi vilpillisesti tai jätät asiakirjojen antamista koskevan velvollisuutesi tahallisesti täyttämättä, meillä ei ole velvollisuutta maksaa korvausta.

Huomio:

Jos sopimuksenmukaisiin etuihin on oikeutettu jokin kolmas osapuoli, myös tällä on velvollisuus toimittaa tarvittavat tiedot ja asiakirjat sekä avustaa asian selvittelyssä.

Paikka: _____ Päivämäärä: _____

Vakuutuksenottajan ja vakuutetun tai valtuutetun edustajan allekirjoitus

IX. Loppulausunto

Vahvistan antaneeni edellä oikeat ja kattavat tiedot. Ymmärrän, että saatan menettää vakuutussuojani antamalla virheellisiä tai puutteellisia tietoja. Olen ottanut huomioon edellä mainitut, vakuutustapahtuman jälkeisten velvollisuuksien täyttämättä jättämistä koskevat seikat.

Lisäksi siirrän kaikki korvausvaatimukseni ja muut vaatimukseni vahingonaiheuttajaa, onnettomuuden aiheuttanutta kolmatta osapuolta tai lakisääteistä sairausvakuutusrahastoani / yksityistä sairausvakuutusyhtiötäni kohtaan HanseMerkur Reiseversicherung AG:n maksaman korvaussumman suuruisena HanseMerkur Reiseversicherung AG:lle.

Paikka: _____ Päivämäärä: _____

Vakuutuksenottajan ja vakuutetun tai valtuutetun edustajan allekirjoitus

Vakuutuksen numero:
(Ilmoita, ellei annettu valmiiksi.)

Tapahtuman numero:
(Ilmoita, jos tiedossa.)

Hyvä asiakas!

Jotta voimme käsitellä hakemuksesi mahdollisimman nopeasti, tarvitsemme tärkeitä tietoja sinua hoitaneilta lääkäreiltä. Lähetä meille tämä potilastietojesi luovutusta koskeva valtakirja, niin meidän ei tarvitse ottaa sinuun yhteyttä mahdollisia jatkokysymyksiä varten. Tämä nopeuttaa korvaushakemuksesi käsittelyä.

Huomaa: Sinä tai se henkilö, jonka potilastietoja kerätään, voi myös kieltäytyä antamasta valtakirjaa potilastietojen luovuttamista varten. Tällöin HanseMerkur Reiseversicherung AG:n velvollisuus maksaa vakuutuskorvausta siirtyy, kunnes yhtiöllä on mahdollisuus tarkastella saajan oikeutta vakuutuskorvaukseen.

Kiitos avustasi! Jos sinulla on kysyttävää, ota meihin yhteyttä.

X. Valtakirja potilastietojen luovuttamista varten

1. Antamiesi terveystietojen keruu, säilytys ja käyttö HanseMerkur Reiseversicherung AG:lla

Suostun siihen, että HanseMerkur Reiseversicherung AG voi kerätä, säilyttää ja käyttää tässä hakemuksessa ja myöhemmin antamiani terveystietoja siinä määrin, kuin se on tarpeellista korvaushakemuksen arviointia tai tämän vakuutuksen lopettamista varten.

2. Tapauskohmainen suostumus korvausvastuun arvioimista varten (potilastietojen luovutusvaltakirja)

Edellä annettu valtuutus ei tarkoita yleistä salassapitovelvollisuudesta luopumista, vaan se koskee ainoastaan tietoja niistä sairauksista, jotka ovat aiheuttaneet matkan peruuntumisen ja/tai keskeytymisen.

Aihe: Sairauksien hoito

Suostun täten siihen, että HanseMerkur Reiseversicherung AG kerää terveystietojani siinä määrin kuin on tarpeellista vakuutuskorvaushakemuksen arviointia varten seuraavilta tahoilta:

Nimi: _____
Osoite: _____

Nimi: _____
Osoite: _____

Nimi: _____
Osoite: _____

sekä siihen, että tietojani käsitellään korvausvastuun selvittämistä varten.

Vapautan täten edellä mainitut henkilöt ja työntekijät edellä mainituista organisaatioista salassapitovelvollisuudestaan ja annan heille luvan luovuttaa lainmukaisesti säilytettävät terveystietoni terveystarkastuksista, lääkärikäynneistä ja hoitotoimenpiteistä sekä vakuutushakemuksista ja vakuutussopimuksista korkeintaan kymmenen vuoden ajalta ennen vakuutuskorvaushakemusta HanseMerkur Reiseversicherung AG:lle.

Samalla suostun siihen, että HanseMerkur Reiseversicherung AG voi tarvittaessa antaa terveystietojani kyseisille organisaatioille ja vapautan HanseMerkur Reiseversicherung AG:n työntekijät salassapitovelvollisuudestaan.

Annan samalla suostumukseni myös vakuutuksen piiriin kuuluvien lasteni ja muiden sellaisten henkilöiden puolesta, joita edustan laillisesti ja jotka ovat kykenemättömiä ymmärtämään tämän suostumuksen merkitystä.

3. Tietojen luovuttaminen lääkärintarkastusta varten

Korvausvastuun määrittämiseksi saatamme joutua konsultoimaan lääkäriä. HanseMerkur Reiseversicherung AG tarvitsee terveystietojasi luovutusta varten suostumuksesi ja valtakirjasi. Saat aina tiedon omien tietojesi luovuttamisesta.

Suostun täten siihen, että HanseMerkur Reiseversicherung AG luovuttaa terveystietojani lääkärille, jos se on tarpeellista korvausvastuun määrittämiseksi, jos terveystietoja käytetään vain siihen tarkoitukseen, johon olen antanut suostumukseni ja tulokset raportoidaan HanseMerkur Reiseversicherung AG:lle.

Vapautan HanseMerkur Reiseversicherung AG:n työntekijät ja lääkärit terveystietojani ja muita lainsäädännön suojaamia tietojani koskevasta salassapitovelvollisuudestaan.

4. Tehtävien delegointi muille organisaatioille

HanseMerkur Reiseversicherung AG tuottaa jotkin terveystietojen keruussa, käsittelyssä tai käytössä hyödynnettävät palvelut, kuten hätäpuhelupalvelut ja puhelinasiakaspalvelut, ulkopuolisilla yrityksillä tai organisaatioilla. HanseMerkur Reiseversicherung AG pitää yllä ajantasaista luetteloa kaikista ulkopuolisten tahojen toteuttamista palveluista sekä kaikista organisaatioista ja organisaatiokategorioista, joilta HanseMerkur Reiseversicherung AG ostaa terveystietojen keräys-, käsittely- ja käyttöpalveluita. Ajantasainen luettelo on verkossa osoitteessa <https://www.hmr.de/en/privacy> Luettelon saa myös pyydettäessä kirjallisena.

Suostun täten siihen, että HanseMerkur Reiseversicherung AG luovuttaa terveystietojani edellä mainitussa luettelossa nimetyille organisaatioille, jotka keräävät, käsittelevät ja käyttävät terveystietoja tässä nimettyä tarkoitusta varten ja samassa laajuudessa kuin HanseMerkur Reiseversicherung AG. Vapautan tarpeen mukaan HanseMerkur Reiseversicherung AG:n ja muiden organisaatioiden työntekijät terveystietojen luovuttamista ja muita lailla suojattuja tietoja koskevasta salassapitovelvollisuudestaan.

5. Tietojen luovuttaminen jälleenvakuutusyhtiöille

Korvaushakemuksen selvittämisen varmistamiseksi HanseMerkur Reiseversicherung AG saattaa ostaa palveluita jälleenvakuutusyhtiöiltä, jotka tällöin kantavat vakuutusriskin osittain tai kokonaan. Jotta jälleenvakuutusyhtiö voisi arvioida korvaushakemuksesi, HanseMerkur Reiseversicherung AG saattaa luovuttaa sen jälleenvakuutusyhtiölle. Vakuutusriskin kantavalla jälleenvakuutusyhtiöllä on oikeus tarkistaa HanseMerkur Reiseversicherung AG:n tekemä arvio korvaushakemuksesta ja vahvistaa sen oikeellisuus. Olemassa oleviin vakuutussopimuksiin liittyviä tietoja saatetaan luovuttaa jälleenvakuutusyhtiöille vakuutusmaksujen maksamista ja korvaushakemusten selvittelyä varten.

Käytämme mahdollisuuksien mukaan anonymiä tai pseudonymiä suojattua tietoa, mutta yllä mainittuihin tarkoituksiin saatetaan tarvita myös henkilökohtaisia terveystietoja. Jälleenvakuutusyhtiöt saavat käyttää henkilökohtaisia tietojasi ainoastaan edellä mainittuihin tarkoituksiin. HanseMerkur Reiseversicherung AG ilmoittaa sinulle aina, kun terveystietojasi luovutetaan jälleenvakuutusyhtiöille.

Suostun täten siihen, että terveystietojani luovutetaan tarvittaessa jälleenvakuutusyhtiöille, jotka saavat käyttää niitä edellä mainittuihin tarkoituksiin. Vapautan tarpeen mukaan kaikki HanseMerkur Reiseversicherung AG:n työntekijät terveystietoihini ja muihin lailla suojattuihin tietoihini liittyvästä salassapitovelvollisuudestaan.

Päivämäärä, paikka

Vakuutetun tai tämän valtuutetun edustajan allekirjoitus

Lääkärintodistus:

Hyvä lääkäri!

Voidaksemme arvioida matkanperuutusvakuutukseen liittyvän korvausvastuumme pyydämme sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin (isoilla kirjaimilla). Jos tila ei riitä, voit jatkaa vastausta paperin toiselle puolelle.

Potilaan nimi

Syntymäaika

Katuosoite, postinumero, postitoimipaikka, maa

1. a) Tarkka diagnoosi ja sen ICD-koodi: _____

b) Aiemmat sairauskertomukset (käytä tarvittaessa liitettä):

2. Milloin diagnoosi tehtiin tai milloin onnettomuus tapahtui?
3. Milloin potilas meni ensimmäisen kerran lääkäriin näiden vaivojen takia? _____
4. a) Oliko potilas työkyvytön? ☐ Ei ☐ Kyllä, _____ alkaen _____ saakka
Jos vastasit kyllä, liitä mukaan kopio työkyvyttömyystodistuksesta.
b) Jos vastasit ei, anna syyt: _____
5. Otettiin potilas sairaalapotilaaksi? ☐ Ei ☐ Kyllä, _____ alkaen _____ saakka
Jos vastasit kyllä, liitä mukaan kotiuttamisraportti ja hoitojakson löydökset.
6. Mitä hoitoja määrättiin? Ilmoita lisäksi määrätty lääkitys.

7. a) Milloin jokin tietty, tämän sairauden perusteella määrätty hoito annettiin? Ilmoita päivämäärät.

b) Mitä tutkimuksia suoritettiin? _____

8. a) Oliko potilas kärsinyt samasta vaivasta aiemmin? ☐ Ei ☐ Kyllä; mistä lähtien? _____
b) Milloin edelliseen sairauteen / edellisiin sairauksiin liittyvä hoito suoritettiin?
Ilmoita päivämäärät: _____

c) Milloin sairauteen annettiin jokin tietty hoito siitä syystä, että sairaus paheni?

9. a) Kysyttiin sinulta **ennen** matkan varaamista _____ * (päivämäärä), oliko potilas
matkustuskykyinen? ☐ Ei ☐ Kyllä, ensimmäisen kerran _____
b) Jos vastasit kyllä, millaisia neuvoja annoit potilaalle ja/tai tämän huollettaville?

10. Kysyttiin sinulta potilaan matkustuskyvystä varauspäivämäärän* **jälkeen**?
☐ Ei ☐ Kyllä, ensimmäisen kerran _____
viimeksi, anna päivämäärä _____
11. Milloin neuvot potilasta olemaan lähtemättä matkalle? Päivämäärä _____
viimeksi, anna päivämäärä _____
12. Ohjasitko potilaan erikoislääkärille? ☐ Ei ☐ Kyllä, anna päivämäärä: _____

Ilmoita erikoislääkärin nimi ja osoite.

Lääkärin leima ja allekirjoitus

Paikka ja päivämäärä