

Forsikringstagerens navn og adresse (DK)

Udfyld venligst formularen og send den retur til

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

Rejseafbrydelse skadesanmeldelsesblanket (UG)

Forsikringsnr. / Skadenr.: _____

Kære forsikringstager

Du har desværre været nødt til at afbryde/afslutte din rejse. For effektivt at kunne behandle din skadesanmeldelse, har vi brug for bestemte informationer fra dig. Udfyld venligst denne formular så nøjagtigt som muligt for at undgå unødvendige forespørgsler. Tak for dit samarbejde, du er meget velkommen til at kontakte os, hvis der er noget, du synes er uklart. Skadesgodtgørelsen foregår på engelsk.

Bemærkning om databeskyttelse: Vi lagrer dine personlige data for at opfylde kontrakten. Yderligere oplysninger om databeskyttelse og dine beslægtede rettigheder findes på: <https://www.hmr.de/en/privacy/information> eller anmode dem fra os.

I. Informationer om rejsen:

- 1) Rejsearrangør: _____ Destinationsland _____
- 2) Rejseselskab: _____
- 3) Rejsens start: _____ Slut: _____
- 4) Booket d.: _____ Afbrudt d.: _____

II. Informationer om rejsende, som afbrød rejsen (navn, adresse, fødselsdato, e-mail)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

III. Navn og adresse på den person, som har anmeldt erstatningskravet:

Skriv også denne persons relation, hvis han eller hun ikke er blandt de rejsende



HanseMerkur

IV. Årsag til afbrydelsen:

Sygdom	<input type="checkbox"/>	}	→	Sørg venligst for at få den konsulterede læge til at udfylde resten af spørgeskemaet
Ulykke	<input type="checkbox"/>			
Graviditet	<input type="checkbox"/>		→	Vedlæg venligst en lægeerklæring, der er udstedt af den konsulterede læge eller gynækolog
Vaccinationsintolerance	<input type="checkbox"/>		→	Vedlæg venligst en lægeerklæring, der er udstedt af den konsulterede læge
Arbejdsløshed pga. en opsigelse af økonomiske grunde	<input type="checkbox"/>		→	Vedlæg venligst din arbejdsgivers opsigelsesbrev og dokumentation for arbejdsløshed, udstedt af arbejdsformidlingen.
Dødsfald	<input type="checkbox"/>		→	Vedlæg venligst en kopi af dødsattest, samt informationer om relationen mellem dig og den afdøde person.

Andre årsager: _____

Skriv venligst det nøjagtige navn og den nøjagtige adresse for den pågældende person i tilfælde af, at skadesbegivenheden (fx en ulykke) blev forårsaget af en tredjepart. Skriv ved trafikuheld også politistationen, hvis det er muligt

Hvornår indtraf begivenheden? _____

I tilfælde af sygdom: Var du ikke i stand til at arbejde? ☐ Nej ☐ Ja

Hvis ja, så vedlæg venligst en kopi af uarbejdsdygtighedserklæringen til de andre dokumenter ift. skadesanmeldelsen, og skriv nedenfor navnet og adressen på din arbejdsgiver:

Årsag til afbrydelsen: _____

Dato for rejsens afbrydelse: _____

Indsend venligst de originale kvitteringer, der dækker de ekstra udgifter til hjemrejsen, såsom hotelregninger, flybiletter, togbiletter etc., hvis du afbrød din rejse.

V. Hvem skal modtage skadeserstatningen?

(navn, adresse, telefonnummer, bankkonto, IBAN, BIC / swift / ABA)

Forsikringstagerens underskrift

VI. De følgende dokumenter er ligeledes nødvendige ift. behandlingen af skadesanmeldelsen:

Forsikringspolice	<input checked="" type="checkbox"/>	Dokumentation for betaling præmie	<input checked="" type="checkbox"/>
Rejsens reservationsbekræftelse (kopi)	<input checked="" type="checkbox"/>	Rejsearrangørens liste over rejsende (gruppe)	<input type="checkbox"/>
Annullering af faktura (original)	<input checked="" type="checkbox"/>	Lejeaftale (original)	<input type="checkbox"/>
Flybillet (original)	<input type="checkbox"/>	Vilkår og betingelser for lejen	<input type="checkbox"/>
Dokumentation for ekstra rejseudgifter til hjemrejse	<input type="checkbox"/>		
Rejsearrangørens vilkår og betingelser for rejsen	<input type="checkbox"/>		
Lægeerklæring fra en læge på stedet	<input checked="" type="checkbox"/>	Dokumentation for betaling med et kreditkort	<input type="checkbox"/>

Vedhæft eller hæft venligst ikke dokumenter sammen. Tak for din hjælp.



VII. Information om følgerne ved pligtforsømmelse efter den forsikrede begivenhed er indtruffet

Information

Kære kunde

Efter at forsikringsbegivenheden er indtruffet, har vi brug for din hjælp.

Pligt til at levere information og hjælpe med afklaringen

På baggrund af den indgåede kontrakt, har vi ret til at bede dig om at levere al den information, som er nødvendig ift. afklaringen af ansvarets omfang, (pligt til at levere information), samt til at afklare alle aspekter af sagen, (pligt til afklaring), for at gøre det muligt for os at vurdere skadesanmeldelsen fuldt ud. Vi kan dog også bede dig om at levere supplerende dokumenter til os, så længe sådanne forespørgsler er rimelige.

Tab af ydelser

Hvis du, i modstrid med kontrakten, ikke leverer information til os eller giver os ukorrekt information, eller bevidst ikke leverer de supplerende dokumenter, som vi beder om, så vil du miste din ret til erstatning. Hvis brud på sådanne pligter skyldes grov uagtsomhed, så kan vi reducere ydelserne med et omfang, som svarer til omfanget af uagtsomheden. Der vil ikke være nogen reduktion, hvis du beviser, at du ikke har udvist grov uagtsomhed ift. brud på dine pligter.

På trods af brud på din pligt til enten at levere information, hjælpe med afklaringen, eller levere supplerende dokumenter, er vi stadig forpligtet til at betale erstatning, hvis du kan bevise, at ethvert brud på pligterne hverken var resultatet af at skabe omfanget af den forsikrede begivenhed eller omfanget af vores ansvar.

Hvis du svigagtigt bryder pligten til at levere information for at afklare sager, eller til at levere supplerende dokumenter, så vil vi i alle tilfælde være befriet for vores ansvar til at betale erstatningskravet.

Bemærk:

Hvis en tredjepart, som ikke er dig selv, har ret til ydelser ift. kontrakten, så skal denne tredjepart ligeledes levere information, hjælpe med at afklare sager, samt levere supplerende dokumenter.

Sted: _____ Dato: _____

Forsikringstagerens underskrift og underskrift af forsikret eller juridisk repræsentant

VIII. Slutbemærkning

Jeg bekræfter at den information, som jeg har leveret ovenfor, er korrekt og fuldstændig. Jeg er klar over, at ukorrekt eller ufuldstændig information kan føre til tab af forsikringsdækningen. Jeg er opmærksom på ovenstående information om følgerne ved brud på pligter efter den forsikrede begivenhed.

Derudover rejser jeg mine krav og fordringer over for en tredjepart, som forårsager ulykken / den ansvarlige part eller mod min lovpligtige sygekasse / private sygeforsikring op til det erstatningsbeløb, som HanseMerkur Reiseversicherung AG betaler til HanseMerkur Reiseversicherung AG.

Sted: _____ Dato: _____

Forsikringstagerens underskrift og underskrift af forsikret eller juridisk repræsentant



HanseMerkur

Forsikringsnr.:

(skriv venligst hvis endnu ikke meddelt)

Skadenr.:

(skriv venligst hvis det kendes)

Kære kunde

For at behandle din skadesanmeldelse så hurtigt som muligt, har vi brug for vigtig information fra de læger, som behandlede dig. Send os venligst denne tilladelse til at frigive lægejournaler, så vi ikke er nødt til at kontakte dig med nogen opfølgende spørgsmål. Det vil hjælpe med at få behandlingen af din skadesanmeldelse til at gå hurtigere.

Bemærk venligst: Du eller den person, som der skal indsamles helbredsoplysninger om, nægter at give tilladelse til frigivelsen af lægejournaler. I det tilfælde bortfalder den pligt, som HanseMerkur Reiseversicherung AG har ift. at betale forsikringsydelser, indtil de har fået mulighed for at undersøge retten til ydelser.

Mange tak for din hjælp. Du er meget velkommen til at kontakte os, hvis du har nogen spørgsmål.

IX. Tilladelse til at frigive lægejournaler

1. Indsamling, opbevaring og brug af dine leverede helbredsoplysninger gennem HanseMerkur Reiseversicherung AG

Jeg giver hermed tilladelse til indsamlingen, opbevaringen og brugen af leverede helbredsoplysninger i denne ansøgning, samt i fremtiden gennem HanseMerkur Reiseversicherung AG i det omfang, der er nødvendigt ift. ydeevne, gennemgang af skadesanmeldelser eller afslutning af denne forsikringspolice.

2. Delvis samtykke til formål, der tjener til at vurdere ansvaret (tilladelse til at frigive lægejournaler)

Ovenstående tilladelse udgør ikke en generel afgivelse af retten til fortrolighed, idet den udelukkende omfatter information om sygdomme, som forårsagede annulleringen og/eller afbrydelsen af rejsen.

Emne: Behandling af sygdommen(e)

Jeg giver hermed mit samtykke til at HanseMerkur Reiseversicherung AG indsamler mine helbredsoplysninger - i det omfang, som er nødvendigt ift. en gennemgang af skadesanmeldelser - fra

Navn: _____

Adresse: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Navn: _____

Adresse: _____

samt til behandlingen af oplysningerne med henblik på at vurdere ansvaret.

Jeg fritager hermed de førnævnte personer og medarbejdere fra de førnævnte selskaber fra deres pligt til at overholde fortroligheden. Samtidig giver jeg mit samtykke til, at mine lovpligtigt gemte helbredsoplysninger fra undersøgelser, konsultationer og behandlinger, samt forsikringsansøgninger og policer, der dækker et tidsrum på op til ti år inden indsendelsen af en ansøgning, bliver videregivet til HanseMerkur Reiseversicherung AG.

Inden for denne sammenhæng giver jeg også tilladelse til, at HanseMerkur Reiseversicherung AG kan videregive mine helbredsoplysninger - hvis det er nødvendigt - til disse selskaber, og jeg fritager hermed personer, som arbejder for HanseMerkur Reiseversicherung AG fra deres pligt til at opretholde fortroligheden.

Jeg afgiver også denne erklæring på vegne af mine børn, som er dækket af denne police, samt alle andre personer, som jeg har juridisk autorisation til at repræsentere, og som ikke er i stand til at forstå vigtigheden af denne erklæring.

3. Videregivelse af data med henblik på lægeundersøgelse

For at kunne afgøre vores ansvar, kan det blive nødvendigt at benytte en medicinsk rådgivers tjenester. Dit samtykke og din tilladelse til at frigive dine lægejournaler er nødvendig for HanseMerkur Reiseversicherung AG til dette formål. Du vil blive informeret om alle videregivelser af dine data.

Jeg giver hermed mit samtykke til, at HanseMerkur Reiseversicherung AG videregiver mine helbredsoplysninger til en medicinsk rådgiver, i det omfang det er nødvendigt ift. at fastlægge ansvaret. Mine helbredsoplysninger bruges til de formål, som dette samtykke blev givet til, og resultaterne sendes retur til HanseMerkur Reiseversicherung AG.

Jeg fritager hermed personer, som arbejder for HanseMerkur Reiseversicherung AG, samt medicinske rådgivere, fra deres pligt til at overholde fortroligheden i forhold til helbredsoplysninger og andre data, der er beskyttet af lovgivningen.

4. Uddelegering af opgaver til andre selskaber

HanseMerkur Reiseversicherung AG overfører bestemte opgaver, såsom nødopkaldstjenester eller kundeservice over telefonen, som kan føre til indsamling, behandling eller brug af dine personlige helbredsoplysninger gennem andre firmaer eller organisationer. HanseMerkur Reiseversicherung AG fører en opdateret liste med uddelegerede opgaver samt organisationer og kategorier af organisationer, som er blevet kontaktet med henblik på at indsamle, behandle og bruge helbredsoplysninger på vegne af HanseMerkur Reiseversicherung AG. Den nuværende liste er tilgængelig online på <https://www.hmr.de/en/privacy> eller ved skriftlig anmodning.

Jeg giver hermed mit samtykke til, at HanseMerkur Reiseversicherung AG videregiver mine helbredsoplysninger til enhederne i ovennævnte liste, som skal indsamle, behandle og bruge helbredsoplysningerne til de nævnte formål, og i samme omfang som HanseMerkur Reiseversicherung AG. I tilfælde af at det er nødvendigt, fritager jeg hermed medarbejderne hos HanseMerkur Reiseversicherung AG og andre selskaber, fra deres pligt til at overholde fortroligheden i relation til videregivelsen af helbredsoplysninger og andre informationer ifølge lovgivningen.

5. Videregivelse af data til genforsikringsfirmaer

For at sikre afgørelsen af dine krav, kan HanseMerkur Reiseversicherung AG gøre brug af tjenester fra genforsikringsfirmaer, der dækker risikoen helt eller delvist. For at genforsikringsfirmaet kan vurdere forsikringskravet, har HanseMerkur Reiseversicherung AG ret til at præsentere din forsikringsanøgning for genforsikringsfirmaet. Genforsikringsfirmaet, som dækker risikoen, har ret til at gennemgå den vurdering af kravet, som oprindeligt blev udført af HanseMerkur Reiseversicherung AG, samt verificere om den er korrekt. Data, der har at gøre med eksisterende forsikringsaftaler, kan blive givet videre til genforsikringsfirmaerne med henblik på premium betalinger og skadeserstatning.

Anonyme data eller pseudonymer vil blive anvendt hvis det er muligt, men personlige helbredsoplysninger kan også blive benyttet til de ovennævnte formål. Genforsikringsfirmaerne må udelukkende benytte dine personlige data til de førnævnte formål. HanseMerkur Reiseversicherung AG vil informere dig om enhver videregivelse af dine helbredsoplysninger til genforsikringsfirmaer.

Jeg giver hermed mit samtykke til videregivelsen af mine helbredsoplysninger til genforsikringsfirmaer - hvis det er nødvendigt - samt brugen af disse til de nævnte formål. I tilfælde af at det er nødvendigt, fritager jeg hermed personer, som arbejder for HanseMerkur Reiseversicherung AG, fra deres pligt til at overholde fortroligheden i relation til videregivelsen af helbredsoplysninger og anden information, der er beskyttet af lovgivningen.

Data, sted

Underskrift af den forsikrede person eller hans/hendes juridiske repræsentant

Lægeerklæring:

Forsikringsnr.:

Skadenr./ Bekræftelse:

Kære læge

For at gøre det muligt for os at vurdere vores ansvar ift. rejseannulleringsforsikringen, vil vi være taknemmelige for at du svarer på følgende spørgsmål (med blokbogstaver). Benyt venligst bagsiden, hvis der ikke er nok plads til dine svar.

Patientens navn

Fødselsdato

Vej, postnummer, sted/by, land

1. a) Præcis diagnose med ICD-kode: _____
b) Tidligere sygehistorie (anvend ekstra side hvis nødvendigt): _____
2. Hvornår blev diagnosen stillet eller hvornår skete ulykken? _____
3. Hvornår så patienten en læge den første gang pga. disse gener? _____
4. a) Var patienten uarbejdsdygtig? ☐ Nej ☐ Ja, fra _____ til _____
Hvis ja, så vedlæg venligst en kopi af uarbejdsdygtighedserklæringen
b) Hvis nej, så angiv venligst årsager: _____
5. Stationær behandling? ☐ Nej ☐ Ja, fra _____ til _____
Hvis ja, så vedlæg venligst udskrivningsrapporten samt undersøgelsesresultater.
6. Hvilken behandling blev ordineret? Informer venligst også detaljeret om ordineret medicin.

7. a) Hvornår blev specifik behandling udført som følge af denne sygdom? Skriv venligst datoer.

b) Hvilke specifikke undersøgelser blev foretaget? _____
8. a) Led patienten allerede under denne gene? ☐ Nej ☐ Ja, siden hvornår? _____
b) Hvornår blev en specifik behandling udført ift. ovennævnt(e) sygdom(me)?
Skriv venligst detaljerede datoer _____
c) Hvornår blev behandling gennemført pga. forværring af tilstanden?

9. a) Blev du spurgt **før** rejsen blev booket d. _____ * (dato) om patienten var i stand til at rejse? ☐ Nej ☐ Ja, den første gang d. _____
b) Hvis ja, hvad gav du af råd, eller hvad gjorde du patienten og/eller forsørgere opmærksomme på?

10. Blev du spurgt om evnen til at rejse **efter** bookingsdatoen *? ☐ Nej ☐ Ja, den første gang d. _____
den sidste gang d. _____
11. Hvornår rådgav du om ikke at påbegynde rejsen? Dato _____
sidste gang d. _____
12. Har du måske henvist din patient til en specialist? ☐ Nej ☐ Ja, d.: _____

Skriv venligst specialistens navn og adresse her.

Lægens stempel og underskrift

Sted og dato