HanseMerkur

Nombre y dirección del cliente

Por favor, rellene el formulario completo y envíelo a

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o Linea Direkta Asistencia
Centro Empresarial El Plantió
Calle Ochandiano 12, plantas 1 y 2
28023 Madrid
E-Mail: claim-service@hansemerkur.es

Aviso de siniestro Seguro de gastos de anulación de viaje (RRV)

para la póliza de seguro nº/ el siniestro nº: _____

Estimado cliente:
Lamentablemente Vd. ha tenido que anular su viaje. Para poder despachar su siniestro necesitamos alguna información suya de importancia. Para evitar tener que pedir más demandas de aclaración, le rogamos rellenar este aviso de siniestro detallada- y completamente. Le agradecemos su cooperación. Naturalmente estamos siempre a su disposición en caso de necesitar más aclaraciones.

Aviso de protección de datos: almacenamos sus datos personales para el cumplimiento del contrato. Puede encontrar más información sobre la protección de datos y sus derechos a este respecto en: https://www.hmrv.de/en/privacy/information o solicítenoslos.

I. Indicaciones sobre el viaje:

1) Operador turístico: _____ Destino: _____

2) Agencia de viaje: _____

3) Reservado el: _____ Anulado el: _____

4) Inicio del viaje: _____ Fin del viaje: _____

II. ¿Cuales de los participantes de viaje anularon el viaje? (Nombre, dirección, fecha de nacimiento, no. de teléfono)

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

III. Nombre y dirección de la persona que promovió el siniestro:

_____

Indíque, por favor, también la relación de parentesco.

HanseMerkur

IV. Costos de cancelación / costos de viaje adicionales / cambio de reserva:

Gastos de anulación o inc. Costo _____ EUR, esto corresponde _____al% del precio del viaje.

Gastos de anulación o inc. Costo _____ EUR, esto corresponde _____al% del precio del viaje.

Gastos de anulación o inc. Costo _____ EUR, esto corresponde _____al% del precio del viaje.

V. Motivo de la anulación del viaje:

Enfermedad **Accidente**	☐ ☐	➔	Haga rellenar, por favor, el cuestionario adjunto por el médico de asistencia
Embarazo	☐	➔	Envíenos, por favor, un certificado médico del médico de asistencia o bien del ginecólogo.
Intolerancia vacunal	☐	➔	Envíenos, por favor, una confirmación médica.
Desempleo	☐	➔	Envíenos, por favor, la notificación de despido de su empleador y la confirmación de la oficina de trabajo.
Fallecimiento	☐	➔	Envíenos, por favor, una copia del certificado de defunción e infórmenos sobre la relación parentesca.

otras causas : _____

Interrupción de viaje: utilice la notificación de daños para la garantía de vacaciones en https://www.hmrv.de/en/claim-service/partner-forms .

Si el siniestro (p.e. accidente) fue causado por una persona ajena, indíquenos, por favor, el nombre y la dirección exacta de esta persona así como, en el caso de accidentes de tráfico, en caso dado, el no. del diario y de la comisaría de policía:

_____

¿Cuando se produjo el siniestro? _____

En caso de enfermedad: ¿Hubo una incapacidad de trabajar? ☐ No ☐ Si
En caso afirmativo, adjunte, por favor, una copia del certificado de incapacidad de trabajar a los documentos de siniestro e indique, por favor, también el nombre y la dirección de su empleador:

_____

VI. ¿Hay algún otro seguro?

¿Tiene otra cobertura de seguro para la cancelación de un viaje, p. B. con otra compañía de seguros, con una tarjeta de crédito (MasterCard, VISA, American Express) o con una membresía?

☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, denos el número de seguro / número de membresía / número de tarjeta de crédito y el nombre del instituto o asociación de tarjetas de crédito. _____

_____

VII. ¿A quién han de pagarse unas eventuales indemnizaciones de seguro? (Nombre, dirección, cta bancaria, en caso dado IBAN, BIC, nombre y dirección del banco para pagos al extranjero)

_____

_____

_____

Firma del titular de la póliza y de la persona asegurada o su representante legal

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o Linea Direkta Asistencia, Centro Empresarial El Plantió
Calle Ochandiano 12, plantas 1 y 2, 28023 Madrid

HanseMerkur

VIII. Información de devolución

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o Linea Direkta Asistencia
Centro Empresarial El Plantió
Calle Ochandiano 12, plantas 1 y 2
28023 Madrid

IX. Para tramitar el siniestro necesitamos los siguientes documentos suyos:

Póliza de seguros	☒
Comprobante del pago de la prima de seguro	☒
Confirmación de la reserva del viaje (copia)	☒
Lista de los participantes del operador turístico	☒
Factura original de los gastos de anulación	☒
Condiciones de viaje del operador turístico	☒
Contrato original de alquiler	☒
Condiciones de alquiler del alquilador	☒
Pasajes originales	☒
Recibo de pago al haberse reservado con carta de (exceptuando en caso de haberse reembolsado) crédito	☒

¡Evite, por favor, juntar los documentos con grapas o sujetapapeles! Le agradecemos su cooperación.

Número de póliza / expediente / registro contable: Incidencia n.º:
Por favor, indíquelo si no lo ha hecho con anterioridad Por favor, indíquelo si lo conoce

X. Aviso legal sobre las consecuencias en caso de incumplimiento de las obligaciones en caso de incidencia

Información

Estimado/a cliente:

Una vez se ha producido la incidencia, necesitamos su colaboración.

Obligaciones de aportar información y explicaciones

En virtud de los acuerdos contractuales suscritos con usted, tras producirse una incidencia, podemos exigirle que nos comunique toda la información necesaria para la comprobación de la incidencia o del alcance de nuestra obligación del pago de compensaciones (Obligación de aportar información) y que nos facilite una evaluación apropiada de nuestra obligación del pago de compensaciones aportando todos los datos que sirvan para explicar los hechos (Obligación de aportar explicaciones). También podemos exigirle que ponga a nuestra disposición justificantes/documentos, siempre y cuando sea razonable.

Libertad de cumplimiento

En caso de que usted, contradiciendo los acuerdos contractuales y de forma intencional, no aporte datos o aporte datos que no se ajusten a la verdad, o en caso de que, también de forma intencional, no ponga a nuestra disposición los justificantes/documentos exigidos, perderá su derecho a la compensación del seguro. En caso de que usted incumpla estas obligaciones por negligencia grave, no perderá dicho derecho en su totalidad, pero podremos reducir nuestra compensación en relación a la gravedad de su negligencia. Dicha reducción no se producirá en caso de que justifique que las obligaciones no se incumplieron por negligencia grave.

Pese al incumplimiento de sus obligaciones de aportar información, explicaciones o justificantes/documentos, seguimos estando obligados a efectuar la compensación en caso de que usted justifique que el incumplimiento de sus obligaciones, sea intencional o por negligencia grave, no ha tenido consecuencias en la comprobación de la incidencia ni en el alcance de nuestra obligación de pago de compensaciones.

En caso de que usted incumpla sus obligaciones de aportar información, explicaciones o justificantes/documentos de forma alevosa, este hecho nos eximirá en todos los casos de la obligación de pago de compensaciones.

Aviso:

En caso de que el derecho contractual al pago de compensaciones no le corresponda a usted, sino a un tercero, este también estará obligado a aportar información, explicaciones y justificantes/documentos.

Lugar: _____ Fecha: _____

_____

Firma del titular de la póliza y de la persona asegurada o su representante legal

XI. Declaraciones finales

Hago constar que los datos que anteceden son completos y se ajustan a la verdad. Soy consciente de que la aportación de datos incorrectos o incompletos puede conllevar la pérdida de la cobertura del seguro. He leído los avisos legales que anteceden conforme al Art. 28, párr. 4 de la Ley de Contratos de Seguros (Versicherungsvertragsgesetz, Alemania) y que abordan las consecuencias en caso de incumplimiento de las obligaciones tras producirse una incidencia.

Además, cedo a HanseMerkur Reiseversicherung AG mis derechos y pretensiones contra causantes de accidentes/responsables o contra mi seguro obligatorio de enfermedad/seguro médico privado por el importe de los pagos abonados por HanseMerkur Reiseversicherung AG.

Lugar: _____ Fecha: _____

_____

Firma del titular de la póliza y de la persona asegurada o su representante legal

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o Linea Direkta Asistencia, Centro Empresarial El Plantió
Calle Ochandiano 12, plantas 1 y 2, 28023 Madrid

XII. Consentimiento para la recogida y el uso de datos sanitarios, declaración de exención de confidencialidad y certificación médica

1. Recogida, almacenamiento y uso de sus datos sanitarios por parte de HanseMerkur Reiseversicherung AG

Otorgo mi consentimiento para que HanseMerkur Reiseversicherung AG recoja, almacene y utilice los datos sanitarios en el contexto de la presente solicitud de compensación, así como los que se comuniquen en el futuro, siempre que los mismos sean necesarios para la ejecución, comprobación o rescisión del contrato de seguro.

2. Consentimiento único para la comprobación de las obligaciones de compensación (exención de confidencialidad)

En caso de que no sea usted mismo el que ha enfermado o sufrido un accidente, haga que la persona cuyos datos sanitarios deben ser recogidos y utilizados firme la declaración (persona asegurada o persona en situación de riesgo, por ejemplo: padres, hijos, abuelos, etc.).

La declaración no supone una exención general de la confidencialidad, sino que se limita a los datos sobre las enfermedades relacionadas con la cancelación del viaje. Usted o la persona cuyos datos sanitarios deben ser recogidos tienen la posibilidad de negarse a entregar la siguiente declaración. En tal caso, la eventual obligación del pago de una compensación por parte de HanseMerkur Reiseversicherung AG se limitará, al menos, hasta el momento en que vuelva a existir la posibilidad de efectuar la comprobación.

Por la presente otorgo mi consentimiento para que HanseMerkur Reiseversicherung (siempre que ello sea necesario para la comprobación) recoja mis datos sanitarios de manos de

Nombre: _____

Dirección: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

y los utilice con el fin de comprobar la obligación de pago de compensaciones.

Eximo a las personas y empleados mencionados de los centros mencionados de su obligación de confidencialidad siempre que los datos sanitarios almacenados con mi consentimiento de pruebas médicas, consultas, tratamientos, así como solicitudes y contratos de seguro que se transfieran a HanseMerkur Reiseversicherung AG se refieran a un periodo de tiempo de hasta diez años antes de producirse esta solicitud.

Además, me declaro conforme con que, en este contexto y siempre que sea necesario, HanseMerkur Reiseversicherung AG transfiera mis datos sanitarios a esta oficina y también eximo a ese respecto a las personas que trabajan para HanseMerkur Reiseversicherung AG de su obligación de confidencialidad.

3. Transmisión de los datos para efectuar el peritaje médico

Para comprobar la obligación del pago de compensaciones puede ser necesario llevar a cabo peritajes médicos. Con este fin, HanseMerkur Reiseversicherung AG necesita su consentimiento para la exención de la obligación de confidencialidad. Se le informará de eventuales transferencias de datos.

Otorgo mi consentimiento para que HanseMerkur Reiseversicherung AG transfiera mis datos sanitarios a peritos médicos, siempre que esto se produzca en el contexto de la comprobación de la obligación de pago de compensaciones, mis datos sanitarios se utilicen conforme a estos fines concretos y los resultados se comuniquen a HanseMerkur Reiseversicherung AG.

En relación a mis datos sanitarios y otros datos protegidos, eximo a las personas que trabajan para HanseMerkur Reiseversicherung AG y a los peritos de su obligación de confidencialidad.

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o Linea Direkta Asistencia, Centro Empresarial El Plantió
Calle Ochandiano 12, plantas 1 y 2, 28023 Madrid

4. Delegación de funciones a otras oficinas

HanseMerkur Reiseversicherung desempeña determinadas funciones, como por ejemplo el servicio de emergencias o el asesoramiento telefónico a clientes, en las cuales pueden ser necesarios la recogida, tramitación o uso de sus datos sanitarios, no en la propia empresa, sino a través de otras empresas u oficinas. HanseMerkur Reiseversicherung AG lleva una lista actualizada de las oficinas y categorías de oficina que recogen, tramitan y utilizan datos sanitarios conforme a los acuerdos suscritos con HanseMerkur Reiseversicherung y que especifica las funciones delegadas en las mismas. La lista actualizada puede verse en Internet, en https://www.hmrv.de/en/privacy, o puede solicitarse por escrito.

Otorgo mi consentimiento para que HanseMerkur Reiseversicherung AG transfiera mis datos sanitarios a las oficinas incluidas en la lista mencionada arriba y para que los datos sanitarios se recojan, tramiten y utilicen en ellas con los fines citados y en el mismo alcance en que lo haría HanseMerkur Reiseversicherung. Siempre que sea necesario, eximo de la obligación de confidencialidad a los empleados de HanseMerkur Reiseversicherung AG y de otras oficinas en lo referente a la transferencia de datos sanitarios y otros datos protegidos.

5. Transferencia de datos a reaseguradoras

Para garantizar el cumplimiento de sus pretensiones, HanseMerkur Reiseversicherung AG puede contratar reaseguros que asuman el riesgo de forma parcial o completa. Para que la reaseguradora pueda examinar por sí misma la incidencia, es posible que HanseMerkur Reiseversicherung AG le haga entrega de su solicitud de compensación. Si una reaseguradora asume la garantía de los riesgos, puede controlar si HanseMerkur Reiseversicherung ha valorado una incidencia de forma correcta. Con el fin de calcular pagos de primas e incidencias, pueden transferirse a reaseguradoras datos sobre los contratos suscritos con usted.

Con los fines indicados arriba, en la medida de lo posible, se utilizarán datos anónimos o seudónimos, pero también se utilizarán datos sanitarios personales. Las reaseguradoras utilizarán sus datos personales únicamente con los fines indicados arriba. HanseMerkur Reiseversicherung le informará de la transferencia de sus datos sanitarios a reaseguradoras.

Otorgo mi consentimiento para que se transfieran mis datos sanitarios (siempre que sea necesario) a reaseguradoras para que estas los utilicen con los fines indicados arriba. Siempre que sea necesario, eximo de la obligación de confidencialidad a las personas que trabajan para HanseMerkur Reiseversicherung AG en lo referente a los datos sanitarios y otros datos protegidos.

_____a _____ _____

Lugar | Fecha | Firma de la persona cuyos datos deben ser recogidos o de su representante legal

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o Linea Direkta Asistencia, Centro Empresarial El Plantió
Calle Ochandiano 12, plantas 1 y 2, 28023 Madrid

HanseMerkur

Certificado médico:

Operdor turístico:
No. de siniestro:

Estimado doctor:
Le rogamos contestar las siguientes preguntas detalladamente en letra de imprenta en el interés de nuestro cliente/su paciente, para que podamos juzgar el deber de prestación resultante del seguro de gastos de anulación de viaje.
(En el caso de que no haya suficiente espacio, le rogamos formular los suplementos en el dorso.)

Nombre del paciente — Fecha de nacimiento

Calle, código postal, domicilio

Seguro de enfermedad / asegurador de enfermedad — No. de seguro

1. a) Diagnostico exacto con el código ICD de la enfermedad / del accidente que llevó a la anulación del viaje: _____

   b) Historia / con anamnesis completa (en hoja separada en caso dado): _____

2. ¿Cuando se establezó el diagnóstico o bien cuando se produjo el accidente? _____
3. ¿Cuando se consultó por primera vez a un médico por estas molestias? _____
4. a) ¿Hubo incapacidad de trabajar? ☐ No ☐ Si, desde el _____ hasta el _____
   ¡En caso afirmativo, adjuntar, por favor, un certificado de incapacidad de trabajar!

   b) En caso negativo formular, por favor, el motivo: _____
5. ¿Tratamiento hospitalario? ☐ No ☐ Si, desde el _____ hasta el _____
   ¡En caso afirmativo, adjuntar, por favor, también el informe de alta y el diagnóstico de ingreso!
6. ¿Qué medidas terapéuticas se iniciaron? ¡Indiquen, por favor, también los medicamentos prescritos!
7. a) ¿Cuando se realizaron los tratamientos por esta enfermedad? ¡Indiquen, por favor, las fechas!

   b) ¿Qué examenes clínicos se realizaron en detalle? _____
8. a) ¿Existía la enfermedad ya desde hace tiempo? ☐ No ☐ Si, ¿desde cuando exactamente? _____

   b) ¿Cuando se realizaron los tratamientos para la/las arriba mencionada/s enfermedad/es, especialmente en los últimos años? ¡Indiquen, por favor, las fechas detalladas! _____

   c) ¿En cuales de estas fechas se realió el tratamiento a causa de un empeoramiento de la enfermedad existente?
9. a) ¿Se le preguntó ya **antes** de la reserva del viaje del _____* (fecha) sobre la capacidad de viajar?
   ☐ No ☐ Si, por primera vez el _____

   b) En caso afirmativo, ¿Qué se aconsejó al paciente o a los familiares o bien qué se hizo observar?
10. ¿Se le preguntó por la capacidad de viajar **después** de la reserva del viaje *?
    ☐ No ☐ Si, por primera vez el _____
    por última vez el _____
11. ¿Cuando disuadió Vd. a la persona de iniciar el viaje? Fecha: _____
    Motivo: _____
12. ¿Se le mandó a la persona a un médico especialista? ☐ No ☐ Si, el: _____

¡Indicar aquí el nombre y la dirección del médico!

Sello y firma del médico — **Lugar / fecha**

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o Linea Direkta Asistencia, Centro Empresarial El Plantió
Calle Ochandiano 12, plantas 1 y 2, 28023 Madrid