

Försäkringstagarens namn och adress (SE)

Fyll i blanketten och skicka tillbaka den till

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

Skadeanmälan vid reseavbrott (UG)

Försäkringsnummer / Skadenummer: _____

Bästa försäkringstagare

Tyvärr har du varit tvungen att avbryta/avsluta din resa. För att effektivt kunna handlägga din skadeanmälan behöver vi vissa uppgifter från dig. Fyll i den här blanketten så noggrant som möjligt så att onödiga följdfrågor kan undvikas. Tack för ditt samarbete. Tveka inte att kontakta oss om du är osäker på någonting. Skaderegleringen försiggår på engelska.

Anmälan om dataskydd: Vi lagrar dina personuppgifter för att uppfylla kontraktet. Ytterligare information om dataskydd och dina relaterade rättigheter finns på: <https://www.hmr.de/en/privacy/information> eller begär dem från oss.

I. Uppgifter om resan:

- 1) Researrangör: _____ Målgruppsland: _____
- 2) Resebyrå: _____
- 3) Resestart: _____ Slut: _____
- 4) Bokad den: _____ Avbruten den: _____

II. Uppgifter om de resenärer som avbröt resan (namn, adress, födelsedatum, e-post)

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

III. Namn på och adress till den person som tog initiativet till skadeanmälan:

Ange även relationen till den personen, såvida han eller hon inte är en av resenärerna.

IV. Avkastningskostnader / oanvända tjänster / övriga kostnader:

- Returkostnader, z. B. Flygbiljetter: _____
- Oanvända resetjänster: _____
- Övriga kostnader som hävdats: _____
- Observera att en självrisk kan gälla beroende på den valda biljetten.

V. Anledning till avbrytandet:

Sjukdom	☐	}	→	Be den konsulterade läkaren att fylla i det bifogade frågeformuläret.
Olycka	☐			
Graviditet	☐		→	Bifoga ett läkarintyg som utfärdats av den läkare eller gynekolog som konsulterats.
Överkänslighet mot vaccination	☐		→	Bifoga ett läkarintyg som utfärdats av den läkare som konsulterats.
Arbetslöshet på grund av en uppsägning av ekonomiska skäl	☐		→	Bifoga uppsägningsbrevet från din arbetsgivare och arbetslöshetsintyget som utfärdats av arbetsförmedlingen.
Dödsfall	☐		→	Bifoga en kopia av dödsfallsintyget samt uppgifter om relationen mellan dig och den avlidna personen.

Andra skäl: _____

Om skadehändelsen (t.ex. olycka) orsakades av en tredje part ska du ange exakta uppgifter om namn och adress för den personen och, i händelse av en trafikolycka, om möjligt kontaktuppgifter till polisstationen.

När inträffade händelsen? _____

I händelse av sjukdom: Var du oförmögen att arbeta? ☐ Nej ☐ Ja

Om ja, bifoga en kopia av intyget på arbetsoförmåga till skadedokumentationen, och ange din arbetsgivares namn och adress nedan:

Skäl till att resan avbröts: _____

Datum då resan avbröts: _____

Om du avbröt din resa ska du skicka in originalkvittona på de extra kostnader som uppkom för returrejan, som till exempel hotellfakturor, flygbiljetter, tågbiljetter osv.

VI. Vem ska få ersättningen?

(namn, adress, telefonnummer, bankkonto, IBAN, BIC/SWIFT-kod/ABA-nummer)

Försäkringstagarens namnteckning

VII. Dessutom krävs följande handlingar för att kunna handlägga skadeanmälan:

Försäkringsbrev	☒	Bevis på betalning av premien	☒
Bekräftelse på bokningen av resan (kopia)	☒	Researrangörens lista över resenärer (gruppresa)	☐
Avbokningsfaktura (i original)	☒	Researrangörens allmänna resevillkor	☐
Hyresavtal (i original)	☐	Allmänna hyresvillkor	☐
Flygbiljett (i original)	☐	Bevis på extra kostnader för returrejan	☐
Läkarintyg från en läkare på platsen	☒	Intyg på betalning med kreditkort	☐

Fäst inte ihop handlingar med häftklammer eller dylikt. Tack för din hjälp.

VIII. Information om följderna av att bryta mot skyldigheterna när den försäkrade händelsen har inträffat

Information

Bästa kund

Efter att den försäkrade händelsen har inträffat behöver vi din hjälp.

Skyldighet att tillhandahålla information och bistå i utredningen

På grund av överenskommelserna i avtalet som ingåtts kan vi komma att be dig att förse oss med all information som är nödvändig för att klarlägga ansvarets omfattning (skyldighet att tillhandahålla information) och utreda saken fullständigt (skyldighet att klarlägga) för att göra det möjligt för oss att bedöma skadeärendet. Vi kan också komma att begära att du tillhandahåller bevishandlingar, förutsatt att sådana rimligen kan begäras.

Förlust av förmåner

Om du i strid med de avtalsgrundade överenskommelserna inte förser oss med information eller lämnar felaktig information, eller om du uppsåtligen inte tillhandahåller de bevishandlingar som vi begär, förlorar du din rätt till ersättning. Om åsidosättandet av sådana skyldigheter grundar sig på grov försumlighet kan vi minska ersättningen i förhållande till hur allvarlig försumligheten är. Ingen minskning görs om du bevisar att du inte har varit grovt försumlig vid överträdelsen av skyldigheterna.

Även om du bryter mot någon av dina skyldigheter att lämna information, bistå i utredningen och tillhandahålla bevishandlingar är vi ändå skyldiga att betala ut ersättning i den mån som du kan bevisa att överträdelsen av skyldigheten varken skett för att åstadkomma den försäkrade händelsens omfattning eller omfattningen av vår ansvarighet.

Om du i bedrägligt syfte bryter mot skyldigheten att lämna information så att ärendet kan klagöras eller mot skyldigheten att tillhandahålla bevishandlingar, befrias vi i varje fall från vår skyldighet att betala ersättningsanspråket.

Notera:

Om en tredje part, d.v.s. inte du själv, är berättigad till förmånerna enligt avtalet måste en sådan tredje part också lämna information, bistå i att klarlägga ärendet och tillhandahålla bevishandlingar.

Plats: _____ Datum: _____

Försäkringstagarens och den försäkrade personens eller dess juridiska ombuds namnteckning

IX. Slutlig förklaring

Jag bekräftar att den information som jag har lämnat ovan är sann och fullständig. Jag är medveten om att felaktig eller ofullständig information kan leda till förlust av försäkringsskyddet. Jag har tagit notis om ovanstående information om följderna av att bryta mot skyldigheterna efter att den försäkrade händelsen har inträffat.

Dessutom överlåter jag till HanseMerkur Reiseversicherung AG mina anspråk och krav mot en tredje part som orsakat olyckan/ansvarig part eller mot min lagstadgade sjukförsäkringskassa/privata sjukförsäkring till ett belopp motsvarande den ersättning som betalas ut av HanseMerkur Reiseversicherung AG.

Plats: _____ Datum: _____

Försäkringstagarens och den försäkrade personens eller dess juridiska ombuds namnteckning



HanseMerkur

Försäkringsnummer:

(Vänligen uppge numret såvida det inte redan har angetts.)

Skadenummer:

(Vänligen uppge numret om det är känt.)

Bästa kund

För att kunna handlägga din skadeanmälan så fort som möjligt behöver vi viktig information från de läkare som har behandlat dig. Vänligen skicka det här tillståndet att lämna ut medicinska journaler till oss så att vi inte behöver kontakta dig med några uppföljningsfrågor. Det hjälper oss att handlägga ditt försäkringsanspråk snabbare.

Vänligen observera: Du eller den person vars hälsouppgifter ska inhämtas kan vägra att bevilja tillstånd att lämna ut medicinska journaler. I så fall ska HanseMerkur Reiseversicherung AG:s skyldighet att betala ut försäkringsersättning tillfälligt upphävas till dess att försäkringsbolaget har fått möjlighet att pröva rätten till ersättning.

Tack så mycket för din hjälp. Tveka inte att kontakta oss om du har fler frågor.

X. Tillstånd att lämna ut medicinska journaler

1. Inhämtning, lagring och användning av hälsouppgifter som lämnas av dig till HanseMerkur Reiseversicherung AG

Härmed samtycker jag till att de hälsouppgifter som lämnas i den här ansökan och i framtiden inhämtas, sparas och används av HanseMerkur Reiseversicherung AG i den utsträckning som är nödvändig för att verkställa, avsluta eller granska anspråk på ersättning ur den här försäkringen.

2. Fallspecifikt samtycke i syfte att bedöma ansvarighet (tillstånd att lämna ut medicinska journaler)

Ovannämnda tillstånd utgör inget allmänt hävande av sekretessen eftersom det endast gäller för uppgifterna om den sjukdom som orsakade avbokningen och/eller avbrytandet av resan.

Ämne: Behandling av det (de) medicinska tillståndet (tillstånden)

Härmed samtycker jag till att mina hälsouppgifter inhämtas av HanseMerkur Reiseversicherung AG – i den utsträckning som är nödvändig för att granska ett försäkringsanspråk – från

Namn: _____

Adress: _____

Namn: _____

Adress: _____

Namn: _____

Adress: _____

och att uppgifterna behandlas för att bedöma ansvarigheten.

Härmed befriar jag de ovannämnda enskilda personerna och anställda från de ovannämnda enheterna från deras skyldighet att upprätthålla sekretess och samtycker till att mina på lagligt sätt sparade hälsouppgifter från undersökningar, konsultationer och behandlingar samt försäkringsansökningar och försäkringsbrev som täcker en period av upp till tio år före inlämning av en ansökan, avslöjas för HanseMerkur Reiseversicherung AG.

I det här sammanhanget går jag också med på att HanseMerkur Reiseversicherung AG lämnar ut mina hälsouppgifter – i de fall det är nödvändigt – till dessa enheter och jag befriar härmed enskilda personer som arbetar för HanseMerkur Reiseversicherung AG från deras skyldighet att upprätthålla sekretess.

Jag avger den här förklaringen även på vägnar av mina barn som omfattas av den här försäkringen samt på vägnar av alla andra personer som jag har laglig rätt att företräda och som inte kan förstå betydelsen av den här förklaringen.



3. Avslöjande av uppgifter för medicinsk undersökning

För att fastställa vår ansvarighet kan det bli nödvändigt att använda tjänsterna från en medicinsk rådgivare. HanseMerkur Reiseversicherung AG behöver ditt samtycke och ditt tillstånd att lämna ut dina medicinska journaler för det ändamålet. Du kommer att informeras om eventuella avslöjanden av dina uppgifter.

Härmed samtycker jag till att HanseMerkur Reiseversicherung AG avslöjar mina hälsouppgifter till en medicinsk rådgivare i den mån som det är nödvändigt för att fastställa ansvarighet och i den mån mina hälsouppgifter används för de ändamål som samtycket medgivits för och resultaten rapporteras tillbaka till HanseMerkur Reiseversicherung AG.

Härmed befriar jag enskilda personer som arbetar för HanseMerkur Reiseversicherung AG och de medicinska rådgivarna från deras skyldighet att upprätthålla sekretess när det gäller hälsodokumentation och andra uppgifter som skyddas av lag.

4. Delegering av arbetsuppgifter till andra enheter

HanseMerkur Reiseversicherung AG överför vissa arbetsuppgifter, som till exempel tjänsten för nödsamtal eller telefonkundtjänsten, till andra företag eller organisationer som kan komma att inhämta, behandla eller använda dina personliga hälsouppgifter. HanseMerkur Reiseversicherung AG ska föra en uppdaterad lista över delegerade arbetsuppgifter samt organisationer och kategorier av organisationer som har kontrakterats för att inhämta, behandla och använda hälsouppgifter på HanseMerkur Reiseversicherung AG:s vägnar. Den aktuella listan finns tillgänglig på webbadressen <https://www.hmr.de/en/privacy> eller kan fås på skriftlig begäran.

Härmed samtycker jag till att HanseMerkur Reiseversicherung AG avslöjar mina hälsouppgifter till de enheter som specificeras i den ovannämnda listan, vilka ska inhämta, behandla och använda hälsouppgifterna för de angivna ändamålen och i samma utsträckning som HanseMerkur Reiseversicherung AG. Härmed befriar jag, närhelst det är nödvändigt, HanseMerkur Reiseversicherung AG:s anställda och andra enheter från deras skyldighet att upprätthålla sekretess när det gäller hälsouppgifter och andra uppgifter som skyddas av lag.

5. Avslöjande av uppgifter för återförsäkringsbolag

För att garantera betalningen av dina ersättningsanspråk kan HanseMerkur Reiseversicherung AG komma att använda tjänsterna från återförsäkringsbolag som helt eller delvis övertar risken. För att återförsäkringsbolaget ska kunna bedöma försäkringsanspråket kan HanseMerkur Reiseversicherung AG komma att visa upp din försäkringsansökan för återförsäkringsbolaget. Återförsäkringsbolaget som övertar risken har rätt att granska bedömningen av ersättningsanspråket som ursprungligen genomförts av HanseMerkur Reiseversicherung AG och att kontrollera om den är korrekt. Uppgifter som rör befintliga försäkringsavtal kan komma att vidarebefordras till återförsäkringsbolagen i samband med betalningar av premier och skaderegleringar.

Anonyma och pseudonymförsedda uppgifter kommer att användas närhelst det är möjligt, men personliga hälsouppgifter kan också komma att användas för de ovannämnda ändamålen. Återförsäkringsbolagen får endast använda dina personliga uppgifter för de ovannämnda ändamålen. HanseMerkur Reiseversicherung AG kommer att informera dig om eventuella avslöjanden av dina hälsouppgifter för återförsäkringsbolag.

Härmed samtycker jag till att mina hälsouppgifter avslöjas för återförsäkringsbolag – i de fall det är nödvändigt – och att de används för de angivna ändamålen. Härmed befriar jag, närhelst det är nödvändigt, enskilda personer som arbetar för HanseMerkur Reiseversicherung AG från deras skyldighet att upprätthålla sekretess när det gäller hälsouppgifter och andra uppgifter som skyddas av lag.

Datum, plats

Den försäkrade personens eller hans/hennes juridiska ombuds namnteckning

Läkarintyg:

Försäkringsnummer:
Skadenummer:

Bästa läkare

För att göra det möjligt för oss att bedöma vår ansvarighet inom ramen för avbeställningsförsäkringen skulle vi vara tacksamma om du kunde svara på följande frågor (skriv med stora bokstäver). Om utrymmet inte räcker till kan du använda baksidan för dina svar.

Patientens namn

Födelsedatum

Gata, postnummer, stad, land

1. a) Exakt diagnos med ICD-kod: _____

b) Tidigare sjukdomshistoria (använd ett extra papper om det behövs): _____

2. När ställdes diagnosen eller när inträffade olyckan? _____
3. När träffade patienten en läkare för första gången på grund av dessa besvär? _____
4. a) Var patienten oförmögen att arbeta? ☐ Nej ☐ Ja, från _____ till _____
Om ja, bifoga en kopia av intyget på arbetsoförmåga.
b) Om nej, ange skäl: _____
5. Behandlades patienten i sluten vård? ☐ Nej ☐ Ja, från _____ till _____
Om ja, bifoga utskrivningsintyget och undersökningsresultaten vid intagningen på sjukhuset.
6. Vilken behandling ordinerades? Ange även detaljer om de ordinerade läkemedlen.

7. a) När genomfördes den specifika behandlingen till följd av den här sjukdomen? Ange datum.

b) Vilka speciella undersökningar genomfördes? _____

8. a) Hade patienten redan tidigare lidit av åkomman? ☐ Nej ☐ Ja, sedan när? _____
b) När ägde den specifika behandlingen rum när det gäller den (de) ovannämnda sjukdomen (sjukdomarna)?
Ange detaljerade datum: _____

c) När ägde behandlingen på grund av försämringen av tillståndet rum?

9. a) Tillfrågades du **innan** resan bokades den _____ * (datum) om patienten var i stånd att resa?
☐ Nej ☐ Ja, för första gången den _____
b) Om ja, vad rådde du patienten och/eller anhöriga eller vad påpekade du för dem?

10. Tillfrågades du om förmågan att resa **efter** bokningsdatumet *?
☐ Nej ☐ Ja, för första gången den _____
för sista gången den _____
11. När avrådde du från att påbörja resan? Datum _____
den senaste gången den _____
12. Remitterade du din patient till en specialist? ☐ Nej ☐ Ja, den: _____

Skriv specialistens namn och adress här.

Läkarens stämpel och namnteckning

Plats och datum