

**Nombre y dirección del cliente**

Por favor, rellene el formulario completo y envíelo a

HanseMerkur Reiseversicherung AG  
Siegfried-Wedells-Platz 1  
20354 Hamburg  
Alemania  
E-Mail: Reiseleistung@hansemerkur.de

**Comunicación de incidencias con Garantía de viajes de ocio  
(Seguro de cancelación de viajes) del n.º de póliza: \_\_\_\_\_**

Estimado cliente:

Lamentablemente, se ha visto obligado a cancelar, interrumpir o extender su viaje más allá de lo establecido en un principio. Con el fin de lograr una rápida tramitación de su incidencia, necesitamos que nos proporcione algunos datos importantes. Para ello, le rogamos que rellene esta comunicación de incidencia de forma exacta y completa. ¡Muchas gracias por tomarse la molestia!

**I. Datos del viaje:**

1) Tour-operadora: \_\_\_\_\_ Destino: \_\_\_\_\_

2) Agencia de viajes: \_\_\_\_\_

3) Reservado con fecha: \_\_\_\_\_ cancelado con fecha: \_\_\_\_\_

4) Fecha de comienzo del viaje: \_\_\_\_\_ Fecha prevista para el final del viaje: \_\_\_\_\_

**II. ¿Qué participantes en el viaje se vieron obligados a interrumpir el mismo?  
(Nombre, dirección, fecha de nacimiento, n.º de teléfono)**

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

**III. Nombre y dirección de la persona que ha ocasionado la incidencia:**

\_\_\_\_\_  
Por favor, indique también la **relación de parentesco**.

**IV. Costes del viaje de vuelta / prestaciones no utilizadas / otros costes:**

Costes del viaje de vuelta, por ejemplo, de los billetes de avión: \_\_\_\_\_

Prestaciones del viaje no utilizadas: \_\_\_\_\_

Otros costes reclamados: \_\_\_\_\_

Le rogamos que tenga en cuenta que, dependiendo de la tarifa escogida, podría deducirse una franquicia.

**V. Motivo de la interrupción del viaje:**

- |                                |                          |   |   |                                                                                                                     |
|--------------------------------|--------------------------|---|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enfermedad                     | <input type="checkbox"/> | } | → | Por favor, tenga en cuenta que el cuestionario adjunto debe ser rellenado por el médico que le atendió.             |
| Accidente                      | <input type="checkbox"/> |   |   |                                                                                                                     |
| Embarazo                       | <input type="checkbox"/> |   | → | Por favor, envíenos un certificado médico.                                                                          |
| Reacción alérgica a una Vacuna | <input type="checkbox"/> |   | → | Por favor, envíenos una confirmación médica.                                                                        |
| Fallecimiento                  | <input type="checkbox"/> |   | → | Por favor, envíenos un certificado de defunción en copia y comuníquenos la relación de parentesco con el fallecido. |

otros motivos: \_\_\_\_\_

En caso de que la incidencia (p. ej. accidente) haya sido ocasionada por una tercera persona, le rogamos que nos indique el nombre y dirección exactos de dicha persona; si se trata de un accidente de tráfico, el número del parte policial y la comisaría encargada del caso.

¿Cuándo se produjo la incidencia? \_\_\_\_\_

**VI. ¿Tiene otra póliza contratada?**

¿Tiene otra cobertura de seguro para cancelación de viajes, por ejemplo, contratada con otra compañía de seguros, a través de una tarjeta de crédito (MasterCard, VISA, American Express) o a través de una afiliación (ADAC, BAVC)?

No  Sí En caso afirmativo, le rogamos nos indique el número de póliza / número de afiliado / número de tarjeta de crédito y el nombre de la entidad emisora de la tarjeta de crédito o de la asociación a la que está afiliado.

En su caso, ¿se ha comunicado la incidencia a la otra compañía  No  Sí

**VII. ¿Quién deberá recibir el pago de eventuales compensaciones procedentes del seguro? (Nombre, dirección, datos bancarios; en caso de ser necesario: IBAN, BIC, nombre y dirección de la entidad bancaria para pagos internacionales)**

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

Firma del titular de la póliza

**VIII. Le rogamos nos envíe los siguientes documentos para que podamos tramitar la incidencia:**

- |                                                                                                        |                                     |                                                                  |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Certificado del seguro                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | Justificante del pago de las primas del seguro                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Confirmación de reserva del viaje/1. Factura de la Tour-operadora (copia)                              | <input checked="" type="checkbox"/> | Lista de los participantes en el viaje                           | <input type="checkbox"/>            |
| De haberlo, desglose de gastos de anulación en original                                                | <input type="checkbox"/>            | Condiciones de viaje de la Tour-operadora                        | <input type="checkbox"/>            |
| Contrato de alquiler en original                                                                       | <input type="checkbox"/>            | Condiciones de alquiler del arrendador                           | <input type="checkbox"/>            |
| Justificantes de los costes del viaje de vuelta en original (por ejemplo, billetes de avión o de tren) | <input type="checkbox"/>            | Confirmación del arrendador de que no era posible un subarriendo | <input type="checkbox"/>            |
| Certificado del médico del lugar de vacaciones                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                  |                                     |
| Justificante de pago en caso de <u>reserva con tarjeta de crédito</u>                                  |                                     |                                                                  | <input type="checkbox"/>            |

**Por favor, no grape los documentos. Muchas gracias por su colaboración.**

Número de póliza / expediente / registro contable: \_\_\_\_\_  
Por favor, indíquelo si no lo ha hecho con anterioridad

Incidencia n.º: \_\_\_\_\_  
Por favor, indíquelo si lo conoce

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

**Información de acuerdo con el Art. 28, párr. 4 de la Ley de Contratos de Seguros  
(Versicherungsvertragsgesetz, Alemania)**

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 cumplieron 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

**X. 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

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

N.º de póliza:  
N.º de incidencia:

**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 por el Art. 203 del Código Penal alemán, eximo a las personas que trabajan para HanseMerkur Reiseversicherung AG y a los peritos de su obligación de confidencialidad.

#### 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 <http://www.hmr.de/web/en/footer/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 por el Art. 203 del Código Penal alemán.

#### 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 por el Art. 203 del Código Penal alemán.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Lugar Fecha Firma de la persona cuyos datos deben ser recogidos  
o de su representante legal

## Certificación médica:

N.º de póliza:  
N.º de incidencia:

### Estimada Sra./estimado Sr.:

Le rogamos que responda a las siguientes preguntas referentes a nuestro cliente/su paciente, de forma completa y con letra de imprenta, para que podamos evaluar nuestra obligación de pago de compensaciones del seguro de interrupción de viajes (garantía de viajes de ocio).

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Calle, Código Postal, Localidad de residencia	

1. a) ¿Qué enfermedad/accidente supuso la interrupción del viaje? Por favor, indique el diagnóstico exacto y el código ICD: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) Historia médica / Anamnesis completa (de ser necesario, en hoja adicional): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. ¿Cuándo se emitió el diagnóstico o cuándo se produjo el accidente? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuándo se buscó por primera vez asistencia médica por este problema? \_\_\_\_\_
4. a) ¿Existía incapacidad laboral?  No  Sí, desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, rogamos que adjunte una copia del certificado de incapacidad laboral.
- b) En caso negativo, explique los motivos: \_\_\_\_\_
5. ¿Hospitalización?  No  Sí, desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, rogamos que adjunte obligatoriamente el informe de alta o los resultados de las pruebas.
6. ¿Qué tratamiento se prescribió? Por favor, indique también los medicamentos recetados.  
\_\_\_\_\_
7. a) ¿Cuándo se produjeron tratamientos por esta enfermedad? (Por favor, indique las fechas)  
\_\_\_\_\_
- b) ¿Qué pruebas se realizaron? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. a) ¿La enfermedad ya estaba presente desde hacía tiempo?  No \_\_\_\_\_  Sí, ¿desde cuándo exactamente?
- b) ¿Cuándo se produjeron, sobre todo en los dos últimos años, tratamientos referidos a la(s) enfermedad(es) indicada(s) arriba? Por favor, con fechas detalladas.  
\_\_\_\_\_
- c) ¿En cuáles de esas fechas se produjo un tratamiento a causa de un empeoramiento de la enfermedad existente?  
\_\_\_\_\_
9. En el momento de la reserva del viaje (Fecha: \_\_\_\_\_), ¿hubo dudas de si el viaje planificado podía llevarse a cabo sin riesgos para la salud del/de la paciente? \_\_\_\_\_
10. ¿Se le preguntó acerca de la capacidad del paciente de efectuar un viaje?  No \_\_\_\_\_  Sí, por primera vez con fecha \_\_\_\_\_  
por última vez con fecha \_\_\_\_\_
11. ¿Cuándo (fecha) recomendó la interrupción del viaje? \_\_\_\_\_
12. ¿Se produjo la transferencia a un médico especializado?  No  Sí, con fecha \_\_\_\_\_

Por favor, indique el nombre y dirección del médico.

\_\_\_\_\_  
Lugar/fecha

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del médico