



Polizzen-Nr.:   
Bitte angeben, sofern nicht vorgegeben

Schaden-Nr.:   
Bitte angeben, sofern bekannt

**I. Hinweis über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall**

**Belehrung**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege/Dokumente zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

**Leistungsfreiheit**

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege/Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstößen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

**Hinweis:**

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten verpflichtet.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter

**II. Schlusserklärungen**

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die vorstehenden Hinweise gemäß § 28 Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles habe ich zur Kenntnis genommen.

Des Weiteren trete ich meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher/Haftpflichtigen bzw. gegen meine gesetzliche Krankenkasse/private Krankenversicherung in Höhe der von der HanseMerkur Reiseversicherung AG gezahlten Leistungen an die HanseMerkur Reiseversicherung AG ab.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter



Polizzen-Nr.:   
Bitte angeben, sofern nicht vorgegeben

Schaden-Nr.:   
Bitte angeben, sofern bekannt

**III. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten,  
Schweigepflichtentbindungserklärung und ärztliche Bescheinigung**

**1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die  
HanseMercur Reiseversicherung AG**

Ich willige ein, dass die HanseMercur Reiseversicherung AG die von mir in diesem Leistungsantrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung, Leistungsprüfung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

**2. Einzelfalleinwilligung zur Prüfung der Leistungspflicht (Schweigepflichtentbindung)**

Sofern Sie nicht selber erkrankt oder verunfallt sind, lassen Sie die Erklärung bitte von der Person unterzeichnen, deren Gesundheitsdaten erhoben bzw. verwendet werden sollen (versicherte Person oder Risikoperson, z. B. Eltern, Kinder, Großeltern etc.).

Die Erklärung stellt keine generelle Entbindung von der Schweigepflicht dar, sondern erstreckt sich nur auf Auskünfte über die Erkrankungen, welche im Zusammenhang mit der Reisetornierung stehen. Sie bzw. die Person, über die gesundheitsbezogene Daten erhoben werden sollen, haben die Möglichkeit, die Abgabe der nachfolgenden Erklärungen zu verweigern. In diesem Falle ruht eine etwaige Leistungspflicht der HanseMercur Reiseversicherung AG mindestens bis zu dem Zeitpunkt, in welcher ihr die Möglichkeit zur Leistungsprüfung wieder möglich gemacht wird.

**Ich willige ein, dass die HanseMercur Reiseversicherung – soweit dies für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei den folgenden Ärzten**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

erhebt und zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht verwendet.

Ich befreie die oben genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und stimme zu, dass meine zulässigerweise dort gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen und Daten aus Versicherungsanträgen und –verträgen anderer Versicherungsunternehmen an die HanseMercur Reiseversicherung AG übermittelt werden dürfen.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die HanseMercur Reiseversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die HanseMercur Reiseversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

**3. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die HanseMercur Reiseversicherung AG benötigt hierzu Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die HanseMercur Reiseversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die HanseMercur Reiseversicherung zurück übermittelt werden.

Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weiterer geschützter Daten entbinde ich die für die HanseMercur Reiseversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von Ihrer Schweigepflicht.



#### 4. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen

Die HanseMerkur Reiseversicherung führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. den Notruf-Service oder die telefonische Kundenberatung, bei denen es zur Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Die HanseMerkur Reiseversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die HanseMerkur Reiseversicherung erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die derzeitige Liste kann im Internet unter [www.hansemerkur.at/datenschutz](http://www.hansemerkur.at/datenschutz) eingesehen oder schriftlich angefordert werden.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur Reiseversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wie die HanseMerkur Reiseversicherung dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der HanseMerkur Reiseversicherung AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 5. Datenweitergabe an Rückversicherungen oder an andere Versicherer im Rahmen einer Mehrfachversicherung

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die HanseMerkur Reiseversicherung AG Rückversicherungen oder andere Versicherer im Rahmen einer Mehrfachversicherung einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. Damit sich die Rückversicherung oder der andere Versicherer ein eigenes Bild über den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die HanseMerkur Reiseversicherung AG Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung oder dem anderen Versicherer vorlegt. Haben Rückversicherungen oder andere Versicherer die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die HanseMerkur Reiseversicherung den Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen oder andere Versicherer weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern oder anderen Versicherern im Rahmen einer Mehrfachversicherung nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen oder andere Versicherer werden Sie durch die HanseMerkur Reiseversicherung unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen oder andere Versicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die HanseMerkur Reiseversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

----- den -----  
Ort Datum Unterschrift der Person, über welche Daten erhoben werden sollen bzw. des gesetzlichen Vertreters



**Ärztliche Bescheinigung:**

**Sehr geehrte/r Frau/Herr Doktor,**

wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen im Interesse Ihrer Patientin/Ihres Patienten vollständig in Druckschrift zu beantworten, damit wir die Leistungspflicht aus der Reise-Rücktrittsversicherung beurteilen können.

(Sollte der Platz nicht ausreichen, bitten wir um Ergänzungen auf einem gesonderten Blatt.)

Name des Patienten \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

1. a) Genaue Diagnose mit ICD-Code der/des zur Reisetornierung führenden Krankheit/Unfalles: \_\_\_\_\_

b) Vorgeschichte/Gesamtanamnese hierzu (ggf. Extrablatt): \_\_\_\_\_

2. Wann wurde die Diagnose gestellt bzw. wann ereignete sich der Unfall? \_\_\_\_\_

3. Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmals ein Arzt aufgesucht? \_\_\_\_\_

4. a) Bestand ggf. Arbeitsunfähigkeit (AU)?  Nein  Ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wenn Ja, bitte eine Kopie der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung beifügen!

b) Wenn Nein, bitte Begründung: \_\_\_\_\_

5. Vollstationäre Behandlung?  Nein  Ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wenn Ja, bitte auch unbedingt den Entlassungsbericht und den Aufnahmebefund beifügen!

6. Welche Therapiemaßnahmen wurden eingeleitet? Bitte auch die verschriebenen Medikamente angeben!  
\_\_\_\_\_

7. a) Wann erfolgten wegen dieser Erkrankung im Einzelnen Behandlungen seit Diagnosestellung (bitte mit Datumsangaben)? \_\_\_\_\_

b) Welche Untersuchungen wurden im Einzelnen durchgeführt? \_\_\_\_\_

8. a) Bestand die Krankheit schon längere Zeit?  Nein  Ja, seit wann genau? \_\_\_\_\_

b) Wann erfolgten insbesondere in den letzten Jahren im Einzelnen Behandlungen zu der/den oben angegebenen Erkrankung/en? Bitte mit detaillierten Datumsangaben! (Bitte hierzu ggf. ein Extrablatt verwenden) \_\_\_\_\_

c) An welchen dieser Daten erfolgte die Behandlung aufgr. einer Verschlechterung der bestehenden Erkrankung?  
\_\_\_\_\_

9. a) Wurden Sie **vor** der Reisebuchung am \_\_\_\_\_ (Datum) nach der Reisefähigkeit gefragt?

Nein  Ja, erstmals am \_\_\_\_\_

b) Wenn Ja, was wurde dem/der Patient/in bzw. den Angehörigen geraten bzw. worauf wurde hingewiesen?  
\_\_\_\_\_

10. Wurden Sie **nach** der Reisebuchung (Datum siehe unter Punkt 9. a) nach der Reisefähigkeit gefragt?

Nein  Ja, erstmals am \_\_\_\_\_  
letztmalig am \_\_\_\_\_

11. Wann haben Sie vom Antritt der Reise abgeraten? Datum: \_\_\_\_\_  
Begründung: \_\_\_\_\_

12. Erfolgte ggf. eine Überweisung an einen Facharzt?  Nein  Ja, am: \_\_\_\_\_

Bitte den Namen und die Anschrift des Arztes hier angeben!

-----  
**Stempel und Unterschrift des Arztes**

-----  
**Ort/Datum**