

Name und Anschrift des Kunden

Solid Versicherung
c/o Mobi24
Call-Service-Center AG
Bundesgasse 35
Postfach
3001 Bern

**Schadenanzeige
Reise-Rücktrittskosten-Versicherung**

Sehr geehrter Kunde,
Sie haben leider Ihre Reise stornieren müssen. Zur zügigen Bearbeitung Ihres Schadenfalles benötigen wir von Ihnen wichtige Angaben. Hierzu füllen Sie bitte diese Schadenanzeige genau und vollständig aus. Vielen Dank für Ihre Mühe. Für weitere Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit zur Verfügung.

I. Angaben zur Reise :

- 1) Reiseveranstalter: _____ Reiseziel: _____
- 2) Reisebüro: _____
- 3) Gebucht am: _____ Storniert am: _____
- 4) Beginn der Reise: _____ Ende der Reise: _____

**II. Für welche Reiseteilnehmer wurde die Reise storniert?
(Name, Anschrift, Geb.Datum, Telefon-Nr.)**

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

III. Name und Anschrift der Person, die den Versicherungsfall ausgelöst hat:

Geben Sie bitte auch das **Verwandtschaftsverhältnis** an.

IV. Grund der Reisetornierung :

- | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|---|---|--|
| Krankheit | ☐ | } | → | Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen vom behandelnden Arzt ausfüllen. |
| Unfall | ☐ | | | |
| Schwangerschaft | ☐ | | → | Bitte senden Sie uns ein Attest des behandelnden Arztes bzw. Frauenarztes zu. |
| Impfunverträglichkeit | ☐ | | → | Bitte senden Sie uns eine ärztliche Bestätigung. |
| Arbeitslosigkeit | ☐ | | → | Bitte senden Sie uns das Kündigungsschreiben Ihres Arbeitgebers und die Bestätigung des Arbeitsamtes. |
| Tod | ☐ | | → | Bitte senden Sie uns die Sterbeurkunde in Kopie und teilen Sie uns das Verwandtschaftsverhältnis mit. |

sonstige Gründe : _____

Sollte der Versicherungsfall (z. B. Unfall) durch eine fremde Person verursacht worden sein, geben Sie bitte Namen und genaue Anschrift dieser Person an sowie bei Verkehrsunfällen das Kennzeichen und die Motorfahrzeughaftpflichtversicherungsgesellschaft:

Wann ist der Versicherungsfall eingetreten ? _____

Bei Krankheit: Lag eine Arbeitsunfähigkeit vor ? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie der AU-Bescheinigung den Schadenunterlagen bei und geben Sie bitte den Namen und die Anschrift des Arbeitgebers an:

V. Reiseabbruch (sofern im abgeschlossenen Tarif enthalten):

Grund für den Reiseabbruch: _____

Wann genau wurde die Reise abgebrochen (Datum/ggf. Uhrzeit): _____

Sofern Ihr abgeschlossener Tarif Leistungen bei einem Reiseabbruch vorsieht, reichen Sie uns bitte in diesem Fall die Originalbelege für die zusätzlich entstandenen Rückreisekosten, z. B. Hotelrechnungen, Flugtickets, Bahnfahrkarten o. ä. ein.

VI. An wen sollen eventuelle Versicherungsleistungen gezahlt werden?

(Name, Anschrift, Bankverbindung, ggf. IBAN, BIC, Name und Anschrift der Bank für Auslandszahlungen)

Unterschrift des Versicherten

VII. Zur Schadenbearbeitung benötigen wir von Ihnen folgende Unterlagen :

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Versicherungsschein | ☒ | Nachweis über die Zahlung der Vers.-Prämie | ☒ |
| Reise-Buchungsbestätigung/1. Rechnung des Reiseveranstalters (Kopie) | ☒ | Teilnehmerliste des Reiseveranstalters | ☐ |
| Stornokostenrechnung im Original | ☒ | Reisebedingungen des Reiseveranstalters | ☒ |
| Mietvertrag im Original | ☐ | Mietbedingungen des Vermieters | ☐ |
| Flugtickets im Original (außer wenn refund) | ☐ | Zahlungsnachweis <u>bei Buchung mit Kreditkarte</u> | ☒ |

Bitte die Unterlagen nicht heften oder klammern! Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Versicherungs-/Vorgangs-/Buchungs-Nr.: _____

Bitte angeben, sofern nicht vorgegeben

Schaden-Nr.: _____

Bitte angeben, sofern bekannt

Die unterzeichneten Personen ermächtigen die Solid Versicherung, Daten zur Schadenabwicklung zu bearbeiten und im erforderlichen Umfang an Dritte im In- und Ausland weiterzugeben, z.B. an beteiligte und regressierende Versicherer.

Ferner wird die Solid Versicherung ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte zum Schaden einzuholen sowie in amtliche und gerichtliche Akten Einsicht zu nehmen, soweit dies zur Schadenabwicklung notwendig ist. Die Solid Versicherung verpflichtet sich, die Daten vertraulich zu behandeln.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter

X. Schweigepflichtentbindung und ärztliche Bescheinigung**Versicherungs-Nr.:**
Schaden-Nr.:**Sehr geehrte/r Versicherte/r,**

bitte unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung und leiten Sie diesen Vordruck an den behandelnden Arzt weiter. Sofern nicht Sie selber erkrankt oder verunfallt sind, lassen Sie die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht bitte von der erkrankten bzw. verunfallten Person (versicherte Person oder Risikoperson wie z. B. Eltern, Kinder, Großeltern, etc.) unterzeichnen. Die Erklärung stellt keine generelle Entbindung der Schweigepflicht dar, sondern erstreckt sich nur auf Beauskunjfungen über die zur Stornierung oder den Abbruch der Reise führenden Erkrankung(en) bzw. die unfallbedingt ausgelösten körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen (einschließlich ggf. vorbestehender Erkrankungen und Gebrechen).

Hinweis: Sie bzw. die Person, über die gesundheitsbezogene Daten erhoben werden sollen, haben die Möglichkeit, die Entbindung von der Schweigepflicht zu verweigern. In diesem Falle ruht eine etwaige Leistungspflicht der Solid Versicherung mindestens bis zu dem Zeitpunkt, in welchem ihr die Möglichkeit zur Leistungsprüfung wieder möglich gemacht wird.

Schweigepflichtentbindungserklärung:

Mir ist bekannt, dass die Solid Versicherung zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht Angaben über die zum Versicherungsfall führenden Erkrankung(en) bzw. die unfallbedingten Beeinträchtigungen einholt und ggf. Angaben überprüft, die zur Begründung eines Anspruchs gemacht werden. Zu diesem Zweck befreie ich die unten genannten Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten sowie Krankenkassen und Krankenversicherer, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus. Hinsichtlich einer bereits früher von einem Arzt, Zahnarzt oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes durchgeführten Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben zur Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind.

Folgende Ärzte und sonstige Angehörige von Heilberufen entbinde ich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht (bitte vollständige Namen und Anschriften angeben):

1.) _____

2.) _____

3.) _____

Diese Erklärung gebe ich auch für meine etwaig mitversicherten Kinder sowie alle weiteren von mir gesetzlich vertretenen Personen ab, welche die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Eine Kopie dieser Ermächtigung besitzt ebenfalls Gültigkeit.

_____ den _____
Ort Datum

Unterschrift der Person, über welche Daten erhoben werden sollen

Ärztliche Bescheinigung:

Vers.-Nr.:
Schaden-Nr.:

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-Rücktrittskosten-Versicherung beurteilen können. (Sollte der Platz nicht ausreichen, bitten wir um Ergänzungen auf die Rückseite.)

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 Arbeitsunfähigkeit? ☐ Nein ☐ Ja, vom _____ bis _____
Wenn Ja, bitte eine Kopie der AU-Bescheinigung beifügen!
- b) Wenn Nein, bitte Begründung: _____
5. Stationäre 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? Datumsangaben erbeten!

- 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? Detaillierte Datumsangaben erbeten! _____

- 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 oben) nach der Reisefähigkeit gefragt?
☐ Nein ☐ Ja, erstmals am _____
letztmalig am _____
11. Wann haben Sie vom Antritt der Reise abgeraten? Datum: _____
Begründung: _____
12. Erfolgte 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