

Name und Anschrift des Kunden

Bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden an

HanseMerkur Reiseversicherung AG  
Abt. Reise-Leistung (RLK)  
Siegfried-Wedells-Platz 1  
20354 Hamburg

## Schadenanzeige zur Reise-Rücktrittsversicherung

zur Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Kundin, 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!

Hinweis zum Datenschutz: Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten zur Vertragserfüllung. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie unter: [www.hmr.de/datenschutz/information](http://www.hmr.de/datenschutz/information) oder fordern Sie diese gerne bei uns an.

### 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, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail)

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

#### IV. Kosten der Stornierung / der Hinreise-Mehrkosten / der Umbuchung:

Stornokosten bzw. entst. Kosten \_\_\_\_\_ EUR, diese entsprechen \_\_\_\_\_ % vom Reisepreis.  
 Stornokosten bzw. entst. Kosten \_\_\_\_\_ EUR, diese entsprechen \_\_\_\_\_ % vom Reisepreis.  
 Stornokosten bzw. entst. Kosten \_\_\_\_\_ EUR, diese entsprechen \_\_\_\_\_ % vom Reisepreis.

Bitte beachten Sie, dass je nach ausgewählten Tarif ein Selbstbehalt anfallen kann.

#### V. Grund der Reisestornierung :

- |   |                          |   |   |  |
|---|--------------------------|---|---|--|
| Krankheit   | <input type="checkbox"/> | } | → | Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen vom behandelnden Arzt ausfüllen.   |
| Unfall  | <input type="checkbox"/> |   |   |  |
| Schwangerschaft oder<br>Impfunverträglichkeit                       | <input type="checkbox"/> |   | → | Bitte senden Sie uns ein ausführliches Attest des behandelnden Arztes bzw. des Frauenarztes zu.  |
| Arbeitslosigkeit aufgrund<br>betriebsbedingter Kündigung            | <input type="checkbox"/> |   | → | Bitte senden Sie uns das Kündigungsschreiben Ihres Arbeitgebers und die Bestätigung der Arbeitsagentur zu.   |
| Arbeitsplatzwechsel<br>Wiederaufnahme eines<br>Arbeitsverhältnisses | <input type="checkbox"/> |   | → | Bitte senden Sie uns die Kündigungsbestätigung des alten Arbeitgebers bzw. den Aufhebungsbescheid der Arbeitsagentur und den neuen Arbeitsvertrag. |
| Tod   | <input type="checkbox"/> |   | → | Bitte senden Sie uns die Sterbeurkunde in Kopie und teilen Sie uns das <b>Verwandtschaftsverhältnis</b> mit.                                       |

Sonstige Gründe : \_\_\_\_\_

Reiseabbruch: Bitte die Schadenanzeige zur Urlaubsgarantie unter [www.hmr.de/service/schadenformulare](http://www.hmr.de/service/schadenformulare) verwenden.

Ist der Versicherungsfall (z. B. Unfall) durch eine fremde Person verursacht worden?  Nein  Ja Wenn ja, geben Sie bitte Namen und genaue Anschrift dieser Person an, sowie ggf. Tagebuch-Nr. und Polizeidienststelle:

Wann ist der Versicherungsfall eingetreten? \_\_\_\_\_

Bei Krankheit: Lag eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor?  Nein  Ja

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

#### VI. Besteht ggf. eine weitere Versicherung?

Besteht für Sie anderweitig Versicherungsschutz für einen Reise-Rücktritt, z. B. bei einer anderen Versicherungsgesellschaft, über eine Kreditkarte (MasterCard, VISA, American Express) oder über eine Mitgliedschaft (ADAC, BAVC)?

Nein  Ja Falls ja, nennen Sie uns bitte die Versicherungsnummer / Mitgliedsnummer / Kreditkartennummer und den Namen des Kreditkarteninstitutes bzw. des Vereines. \_\_\_\_\_

Wurde der Schadenfall ggf. dort gemeldet?  Nein  Ja

#### VII. An wen sollen eventuelle Versicherungsleistungen gezahlt werden?

Bitte nennen Sie uns Name, Anschrift und Bankverbindung (Kreditinstitut, Bankleitzahl, Konto-Nr., BIC, IBAN, Konto-Inhaber sowie Bank-Anschrift bei Auslandszahlungen)

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

**Unterschrift des/der Versicherten**

**VIII. Rücksende-Informationen**

HanseMerkur Reiseversicherung  
Siegfried-Wedells-Platz 1  
Abt. RLK 2+3  
20354 Hamburg

**IX. Für die Bearbeitung Ihres Schadenfalles brauchen wir im Regelfall, die nachfolgend aufgeführten Unterlagen sowie den Nachweis über den Eintritt eines versicherten Ereignisses:**

Folgende Unterlagen sind der Schadenanzeige beigelegt:	Ja	Nein
Versicherungsschein / Police <small>(Nicht Policen-Nummer des Versicherungsscheins für Pauschalreisen)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweis über die Zahlung der Vers.-Prämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reise-Buchungsbestätigung / 1. Rechnung des Reiseveranstalters (Kopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stornorechnung möglichst im Original	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Original der Stornorechnung wurde vom Veranstalter nicht zur Verfügung gestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweis über die Zahlung des Reisepreise / der Stornokosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnehmerliste des Reiseveranstalters bei Gruppenreisen (Kopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mietvertrag für Ihre Ferien-Wohnung / -Haus (Kopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mietbedingungen des Vermieters (Kopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flugtickets im Original (außer wenn Refund erfolgt ist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei E-Ticketing einen Nachweis über den Nichtantritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahlungsnachweis bei Buchung mit Kreditkarte inkl. Mitteilung zur Gültigkeitsdauer (Sofern der Versicherungsschutz über eine Kreditkarte besteht.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

zur Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_  
Bitte angeben, sofern nicht vorgegeben

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_  
Bitte angeben, sofern bekannt

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

### **Belehrung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)**

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 Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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. Verstoßen 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 Versicherungsfalls 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/in bzw. versicherte Person oder gesetzliche(r) Vertreter/in

## **XI. 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/in bzw. versicherte Person oder gesetzliche(r) Vertreter/in

## XII. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten, Schweigepflichtentbindungserklärung und ärztliche Bescheinigung

Versicherungs-Nr.:  
Schaden-Nr.:

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

Ich willige ein, dass die HanseMerkur 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 HanseMerkur Reiseversicherung AG mindestens bis zu dem Zeitpunkt, in welcher ihr die Möglichkeit zur Leistungsprüfung wieder möglich gemacht wird.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur 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 HanseMerkur Reiseversicherung AG übermittelt werden dürfen.

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

### **3. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

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

Ich willige ein, dass die HanseMerkur 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 HanseMerkur Reiseversicherung zurück übermittelt werden.

Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die HanseMerkur 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.de/service/datenschutz](http://www.hansemerkur.de/service/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 nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 5. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die HanseMerkur Reiseversicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die HanseMerkur Reiseversicherung AG Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Haben Rückversicherungen 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 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 nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die HanseMerkur Reiseversicherung unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen 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 nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

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

## Ärztliche Bescheinigung:

Versicherungs-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-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 Reisestornierung 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