

Bitte zurücksenden an

Versicherungsnummer

HanseMerkur Reiseversicherung AG  
Leistungsabteilung  
Siegfried-Wedells-Platz 1  
20354 Hamburg

### Angaben zu einem Versicherungsfall in der Krankenversicherung für ausländische Gäste

Bitte füllen Sie alle Felder vollständig und gut lesbar aus. Beachten Sie bitte, dass Sie durch falsche oder unvollständige Angaben Ihren Versicherungsschutz verlieren können. Lesen Sie hierzu den Hinweis zu § 28 VVG auf der letzten Seite.

#### Allgemeines

Bitte fügen Sie den Versicherungs- und Prämienzahlungsnachweis bei.

#### Angaben zur erkrankten Person:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit(en): \_\_\_\_\_

Beruf/ausgeübte Tätigkeit zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

E-Mail/Fax: \_\_\_\_\_ Telefon (privat mit Vorwahl): \_\_\_\_\_

Telefon (mobil): \_\_\_\_\_ Telefon (beruflich mit Vorwahl): \_\_\_\_\_

#### Angaben zur Bankverbindung:

An wen soll die Versicherungsleistung gezahlt werden (Auszahlungen sind nur per Überweisung möglich)?

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Name, Ort Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BLZ/BIC/SWIFT/Branch-Code: \_\_\_\_\_

Konto-/IBAN-Nr.: \_\_\_\_\_





**Im Todesfall:**

Geben Sie bitte das Todesdatum und die Todesursache an.  
Fügen Sie bitte eine Kopie der Sterbeurkunde bei.

---

---

**Weitere Angaben zum Versicherungsfall:**

a) Wann wurden Sie aufgrund der genannten Krankheit(en) oder Beschwerden erstmals ärztlich behandelt?

Bitte geben Sie ein Datum an. \_\_\_\_\_

b) Nennen Sie uns bitte alle Ärzte, von denen Sie während Ihres Aufenthalts in der EU/in Deutschland behandelt wurden (Name, Adresse, Telefon- und Faxnummer, E-Mail). Sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.

---

---

c) Wurden Sie wegen dieser Krankheit(en) vor Reisebeginn bereits behandelt?  Ja  Nein

d) Handelt es sich um die Folge einer vor Reiseantritt behandelten Krankheit bzw. eines vor Reiseantritt behandelten Unfalls?  Ja  Nein

Wenn ja, teilen Sie uns bitte die Behandlungszeiträume sowie die behandelnden Ärzte mit. Bitte geben Sie Name, Anschrift und Telefonnummer an.

---

---

e) Wer ist bzw. war in den letzten 12 Monaten vor Reiseantritt Ihr Haus-/Zahn-/Facharzt?

Bitte teilen Sie uns die Namen und Anschriften der Ärzte sowie die Behandlungszeiträume und die Diagnosen mit. Sofern der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.

---

---

---



- f) Hatten Sie vor Reiseantritt Beschwerden oder Krankheiten, die nicht behandelt wurden?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Angaben bei einem Unfall:**

a) Unfallort mit Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

b) Unfalltag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

c) Bitte schildern Sie den Unfallhergang:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- d) Wurde der Unfall durch (eine) andere Person(en) herbeigeführt?  Ja  Nein  
Wenn ja, durch wen? Bitte geben Sie Name(n) und Anschrift(en) an:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e) Ist der Unfall an Ihrem Arbeitsplatz während der Arbeitszeit bzw. in Ihrer Schule während der Unterrichtszeit oder einer Schulveranstaltung eingetreten?  Ja  Nein

f) Ist der Unfall auf dem Weg zu Ihrer Arbeitsstätte/Schule oder auf dem Weg von dort nach Hause eingetreten?  Ja  Nein

g) Wurden die Rechnungen über die Unfallbehandlung bereits dem Unfallverursacher bzw. dessen Haftpflichtversicherung zur Erstattung vorgelegt?  Ja  Nein

Wenn ja, bei wem?

Bitte geben Sie Name, Adresse, Versicherungsnummer der Haftpflichtversicherung an:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

h) Gibt es Zeugen für den Unfall?  Ja  Nein  
Wenn ja, nennen Sie bitte Namen und Anschriften.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

i) Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? Nennen Sie uns bitte die Anschrift der Polizeidienststelle sowie das Aktenzeichen und fügen bitte eine Kopie des Polizeiprotokolls mit bei.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Angaben zu weiteren Versicherungen:**

- a) Waren Sie schon einmal bei uns versichert?  Ja  Nein

Wenn ja, wann und ggf. unter welcher Versicherungsnummer?

---

---

---

- b) Bei welcher anderen Versicherung waren Sie in den letzten 5 Jahren krankenversichert?  
Bitte nennen Sie Name, Anschrift und Vertragsnummer.

---

---

---

- c) Sind die uns eingereichten Rechnungsunterlagen noch bei einer anderen Versicherung eingereicht worden?  Ja  Nein

Falls ja, fügen Sie bitte eine Kopie des Abrechnungsschreibens der anderen Versicherung bei.

- d) Haben Sie in den letzten 5 Jahren bei einer anderen Versicherung in Deutschland Arztrechnungen zur Erstattung eingereicht?  Ja  Nein

Falls ja, geben Sie bitte das Jahr, das Behandlungsland, den Namen sowie die Adresse und Vertragsnummer der Versicherungsgesellschaft an.

---

---

---



## Hinweise gemäß § 28 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall.

### 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 Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen 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 verpflichtet.

### 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 habe ich zur Kenntnis genommen.

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

---

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift versicherte Person  
(oder gesetzlicher Vertreter)

