

Name und Anschrift des Kunden

Abt. RLK-Leistung

Service Büro
(Travel Partner Wien)
Landstraßer Hauptstraße 99-101
Bürozentrum 1, Top 2
1030 Wien
Tel.: 01 3177-859
Fax: 01 3177-860
E-Mail: Reiseleistung@hansemerkur.at

(Kein Kundenverkehr)

Schadenanzeige Stornoschutz-Versicherung

zur Polizzen-Nr.: _____

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 oder fordern Sie diese gerne bei uns an.

Kennen Sie bereits unsere Online-Schadenmeldung?
Sie können diesen Service unter <https://mein-hmr.de/service/schadenmeldung> aufrufen.

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 ausgewähltem Tarif ein Selbstbehalt anfallen kann.

V. Grund der Reigestornierung :

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

sonstige Gründe : _____

Bitte reichen Sie uns hierzu ebenfalls entsprechende Nachweise ein.

Reiseabbruch: Bitte die Schadenanzeige zur Urlaubsgarantie unter www.hmr.at verwenden.

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 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 Stornoschutz, z. B. bei einer anderen Versicherungsgesellschaft, über eine Kreditkarte (MasterCard, VISA, American Express) oder über eine Mitgliedschaft (z. B. ÖAMTC)?

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

Wurde der Schadenfall bereits entschädigt? Nein Ja

Polizzen-/Vorgangs-/Buchungs-Nr.: _____
Bitte angeben, sofern nicht vorgegeben

Schaden-Nr.: _____
Bitte angeben, sofern bekannt

VII. Bankverbindung und Schlusserklärung

Bitte geben Sie uns die Bankverbindung, auf die eine mögliche Schadenzahlung geleistet werden soll inkl. Konto-Inhaber, IBAN und BIC (siehe ggf. Konto-Auszug) sowie Name und Anschrift der Bank auf.

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.

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

VIII. Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zu, damit wir den Schadenfall für Sie bearbeiten können:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| Versicherungsschein | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nachweis über die Zahlung der Vers.-Prämie | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Reise-Buchungsbestätigung/1. Rechnung des Reiseveranstalters (Kopie) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Stornokostenrechnung im Original | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Teilnehmerliste des Reiseveranstalters | <input type="checkbox"/> |
| Reisebedingungen des Reiseveranstalters | <input type="checkbox"/> |
| Mietvertrag im Original | <input type="checkbox"/> |
| Mietbedingungen des Vermieters | <input type="checkbox"/> |
| Flugtickets im Original (außer wenn refund) | <input type="checkbox"/> |
| Zahlungsnachweis bei Buchung mit Kreditkarte, inkl. der ersten 6 Ziffern der Karte | <input checked="" type="checkbox"/> |

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

IX. Schweigepflichtentbindung und ärztliche Bescheinigung

Polizzen-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 Beauskunftungen 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 HanseMerkur Reiseversicherung AG mindestens bis zu dem Zeitpunkt, in welchem ihr die Möglichkeit zur Leistungsprüfung wieder möglich gemacht wird.

Schweigepflichtentbindungserklärung:

Mir ist bekannt, dass die HanseMerkur Reiseversicherung AG 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:

Polizzen-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 Stornoschutz-Versicherung 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 Reisesstornierung 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 (AU)? Nein Ja, vom _____ bis _____
Wenn Ja, bitte eine Kopie der Arbeitsunfähigkeits-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 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! _____

- 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