

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 Reiseabbruch-Versicherung

zur Polizzen-Nr.: \_\_\_\_\_

Sehr geehrter Kunde,  
Sie haben leider Ihre Reise abbrechen, unterbrechen oder außerplanmäßig verlängern 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 Ihre Fragen stehen wir Ihnen zur Verfügung.

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.

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: \_\_\_\_\_ abgebrochen am: \_\_\_\_\_
- 4) Beginn der Reise: \_\_\_\_\_ urspr. Ende der Reise: \_\_\_\_\_

### II. Welche Reiseteilnehmer mussten die Reise abbrechen? (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefon-Nr., 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 Rückreise / nicht in Anspruch genommene Leistungen / sonstige Kosten:**

Rückreisekosten, z. B. Flugtickets: \_\_\_\_\_

Nicht in Anspruch genommene Reiseleistungen: \_\_\_\_\_

Sonstige geltend gemachte Kosten: \_\_\_\_\_

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

**V. Grund des Reiseabbruchs:**

- |                              |                          |   |   |   |
|------------------------------|--------------------------|---|---|---|
| <b>Krankheit</b>             | <input type="checkbox"/> | } | → | Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen vom behandelnden Arzt ausfüllen.                          |
| <b>Unfall</b>                | <input type="checkbox"/> |   |   |   |
| <b>Schwangerschaft</b>       | <input type="checkbox"/> |   | → | Bitte senden Sie uns ein Attest des behandelnden Arztes bzw. Frauenarztes zu.                         |
| <b>Impfunverträglichkeit</b> | <input type="checkbox"/> |   | → | Bitte senden Sie uns eine ärztliche Bestätigung.  |
| <b>Arbeitslosigkeit</b>      | <input type="checkbox"/> |   | → | Bitte senden Sie uns das Kündigungsschreiben Ihres Arbeitgebers und die Bestätigung des Arbeitsamtes. |
| <b>Tod</b>                   | <input type="checkbox"/> |   | → | 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 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

Versicherungs-/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"/> |
| Belege der Rückreisekosten im Original, z. B. Flug- oder Bahntickets               | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Attest vom Arzt im Urlaubsort  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Teilnehmerliste des Reiseveranstalters   | <input type="checkbox"/>            |
| Ggf. Stornokostenrechnung im Original  | <input type="checkbox"/>            |
| Reisebedingungen des Reiseveranstalters  | <input type="checkbox"/>            |
| Bestätigung des Vermieters, dass eine Weitervermietung nicht möglich war           | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Mietvertrag im Original  | <input type="checkbox"/>            |
| Mietbedingungen des Vermieters   | <input type="checkbox"/>            |
| Zahlungsnachweis bei Buchung mit Kreditkarte, inkl. der ersten 6 Ziffern der Karte | <input type="checkbox"/>            |

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

## IX. 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 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 \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
Ort 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 unseres Kunden/Ihres Patienten vollständig in Druckschrift zu beantworten, damit wir die Leistungspflicht aus der Reiseabbruch-Versicherung (Urlaubsgarantie) beurteilen können.

Name des Patienten

Geburtsdatum

Straße, PLZ, Wohnort

1. a) Welche Erkrankung/Unfall führte zum Reiseabbruch ? Bitte genaue Diagnose mit ICD-Code angeben: \_\_\_\_\_

b) Vorgeschichte/Gesamtanamnese (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 Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung beifügen!

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

5. Stationäre Behandlung?  Nein  Ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Wenn Ja, bitte auch unbedingt den Entlassungsbericht oder den Aufnahmebefund beifügen!

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

7. a) Wann erfolgten wegen dieser Erkrankung im Einzelnen Behandlungen (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 beiden letzten Jahren im Einzelnen Behandlungen zu der/den oben angegebenen Erkrankung/en? Bitte mit detaillierten Datumsangaben!

c) An welchen dieser Daten erfolgte die Behandlung aufgrund einer Verschlechterung der bestehenden Erkrankung?

9. Bestanden zur Zeit der Reisebuchung (Datum: \_\_\_\_\_) Bedenken, ob der/die Patient/in die geplante Reise ohne gesundheitliches Risiko durchführen kann? \_\_\_\_\_

10. Wurden Sie nach der weiteren Reisefähigkeit gefragt?  Nein  Ja, erstmals am \_\_\_\_\_  
letztmalig am \_\_\_\_\_

11. Wann (Datum) haben Sie zum Abbruch der Reise geraten?

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

Bitte den Namen und die Anschrift des Arztes hier angeben!

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes