

Bitte zurücksenden an:

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Abteilung Reise-Leistung
Postfach
20352 Hamburg

Reiseleistung@hansemerkur.de

Schadenmeldung und Attest zur Reise-Rücktrittsversicherung

Sie haben 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.

Haben Sie die Reise aufgrund einer Krankheit, einer Schwangerschaft oder einer Unfallverletzung storniert, bitten wir Sie, die 5. Seite des Formulars gemeinsam mit Ihrem Arzt auszufüllen. Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Versicherungsnummer:

Sind Sie über eine Kreditkarte bei uns versichert? Falls ja, nennen Sie uns bitte die ersten 6 und die letzten 4 Ziffern Ihrer Kreditkartennummer und den Namen des Kreditkarteninstitutes.

Kreditkartennummer:

_____ X X X X X X _____

Kreditkarteninstitut:

1. Angaben zum Zahlungsempfänger:

Nachname:

Vorname:

Anschrift:

PLZ/Wohnort:

Land:

E-Mail:

Geburtsdatum:

IBAN:



2. Angaben zur Reise/Veranstaltung und zum Versicherungsfall

Reiseziel: _____

Buchungsdatum: _____

Tag Monat Jahr

Storno-Datum: _____

Tag Monat Jahr

Reise/ Veranstaltung von: _____

Tag Monat Jahr

bis : _____

Tag Monat JahrGrund der Reisesstornierung /
des Reiseabbruchs:☐ Krankheit☐ Schwangerschaft☐ Unfallverletzung☐ Sonstiges

Bei Unfallverletzung ggf. Fremdverschulden durch?

Name / Anschrift: _____

Angaben zur schadenauslösenden Person, wenn nicht identisch Versicherungsnehmer

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Tag Monat Jahr

Verhältnis zu den vers. Personen: _____

3. Angaben zu weiteren VersicherungenBesteht für eine oder mehrere der versicherten Personen eine zusätzliche Reise-Rücktrittsversicherung /
Kreditkarten?☐ ja, bei Gesellschaft/Kreditkartenunternehmen: _____

Versicherungsnummer _____

Wurde der Schaden dort gemeldet?

☐ ja☐ nein☐ nein, es besteht keine weitere Reise-Rücktrittsversicherung

4. Erklärungen und Einwilligungen

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/ in Höhe der von der HanseMerkur Reiseversicherung AG gezahlten Leistungen an die HanseMerkur Reiseversicherung AG ab.

Ich habe weiterhin die Einwilligung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung der HanseMerkur Reiseversicherung AG unter www.hmr.de/datenschutz/gesundheitsdaten-und-schweigepflichtentbindung gelesen und akzeptiert.

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 gern bei uns an.

Einwilligung in die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail bei der Regulierung meines Leistungsfalls:

Mir ist bekannt, dass beim E-Mail-Versand unter Umständen unbefugte Dritte vom Inhalt Kenntnis nehmen können.

☐ Ich willige ein, dass die Kommunikation über meine auf S. 1 aufgeführte E-Mail-Adresse per unverschlüsselter E-Mail bei der Regulierung meines Leistungsfalls erfolgt. Diese Einwilligung erstreckt sich ausdrücklich auch auf Gesundheitsdaten. Ich kann diese Einwilligung jederzeit über reiseleistung@hansemerkur.de unter Angabe der Versicherungs- oder Schaden-Nr. widerrufen.

☐ Ich möchte, dass die Kommunikation per Briefpost durchgeführt wird.

Die Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift meldende Person

Unterschrift Versicherungsnehmer

5. Benötigte Unterlagen

Für die Bearbeitung Ihres Schadenfalles brauchen wir die nachfolgend aufgeführten Unterlagen:

Folgende Unterlagen sind der Schadenanzeige beigelegt:	Ja	Nein
Versicherungsschein / Police der Reiseversicherung (Nicht Policen-Nummer des Sicherungsscheins für Pauschalreisen)	☐	☐
Nachweis über ein versichertes Ereignis. Im Falle einer Erkrankung, bei Schwangerschaft oder Unfall bitte nur die angehängte ärztliche Bescheinigung verwenden.	☐	☐
Reise-Buchungsbestätigung / 1. Rechnung des Reiseveranstalters (Kopie)	☐	☐
Stornorechnung / Mietausfallrechnung	☐	☐
Arztfragebogen	☐	☐
Nachweis über Erstattung der Steuern und Gebühren bei Flugtickets	☐	☐
Im Falle einer stationären Krankenhausbehandlung eine Kopie des vollständigen Entlassungsberichtes (dieser ersetzt nicht die angehängte ärztliche Bescheinigung)	☐	☐

Dabei sind immer konkrete Datumsangaben (Tag, Monat, Jahr) erforderlich, ansonsten kann es zu Rückfragen kommen. Zudem führt nur das vollständige Ausfüllen zu einer Regulierung. Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Patientin/ Patient Geburtsdatum: _ _ Tag _ _ Monat _ _ Jahr

Bezeichnung

Anmerkungen

7. Bei bekannten Vorerkrankung bitte zusätzlich angeben

Welche Vorerkrankung bestand,
die im Zusammenhang mit den aktuellen
Behandlungen steht?

(bitte ICD 10 Code unbedingt angeben)

____ . ____
ICD 10 Code

Bezeichnung

Seit wann (Datum) ist die
Vorerkrankung bekannt?

Tag Monat Jahr

Wann (Datum) war die letzte Behandlung
der Vorerkrankung / des Schubes aufgrund
gesundheitlicher Beschwerden
(keine Kontrolluntersuchungen)?

Tag Monat Jahr

8. Bei festgestellter Schwangerschaft auszufüllen

Wann (Datum) wurde die Schwangerschaft
erstmal festgestellt?

Tag Monat Jahr

SSW _____

Wann (Datum) traten ggf. Komplikationen
in der Schwangerschaft auf und wenn ja,
in welcher Form?

Tag Monat Jahr

9. Bei einer schweren Unfallverletzung auszufüllen

ICD 10 Code (bitte unbedingt angeben)
(bitte ICD 10 Code unbedingt angeben)

____ . ____
ICD 10 Code

Bezeichnung

Wann (Datum) ist die
Unfallverletzung eingetreten?

Tag Monat Jahr

Wann (Datum) wurde die Diagnose gestellt?

Tag Monat Jahr

Wann (Datum) war aufgrund der gesundheit-
lichen Beschwerden bzw. der gestellten
Diagnose nicht mehr sicher, dass die Reise
planmäßig angetreten werden kann?

Tag Monat Jahr

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Arzt-Stempel

☐ Für diese ärztliche Bescheinigung habe ich meiner Patientin/meinem Patienten nach Ziffer 70 GOÄ einen Betrag von 8,16 EUR in Rechnung gestellt. Eine Erstattung erfolgt nur über den Versicherungsnehmer.