

Bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden an

HanseMerkur International
Postfach
CH 9475 Sevelen

Tel: +41 (0)43 550 2125
service@hansemerkur.ch

Schadenanzeige zur Reise-Abbruchversicherung

Sehr geehrte Kundin, 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!

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
PLZ, Ort:	

Versicherungsnummer:	
E-Mail Adresse:	
Telefonnummer:	

I. Angaben zur Reise

Reiseveranstalter:	
Reisebüro:	
Gebucht am:	
Beginn der Reise:	

Reiseziel:	
Abgebrochen am:	
Urspr. Ende der Reise:	

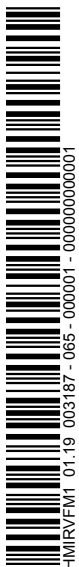
II. Welche Reiseteilnehmer mussten die Reise abbrechen?

Name	Vorname	Anschrift	Geburtsdatum	Telefonnummer/E-Mail

III. Wer hat den Versicherungsfall ausgelöst?

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
PLZ, Ort:	

Verwandtschaftsverhältnis:	
----------------------------	--



IV. Kosten der Rückreise / nicht in Anspruch genommenen Leistungen / sonstige Kosten

	Betrag in CHF
Rückreisekosten:	
Nicht in Anspruch genommene Reiseleistungen:	
Sonstige Kosten:	

V. Grund des Reiseabbruchs

Krankheit:	<input type="checkbox"/>	Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen vom behandelnden Arzt ausfüllen.
Unfall:	<input type="checkbox"/>	Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen vom behandelnden Arzt ausfüllen.
Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/>	Bitte senden Sie uns ein ausführliches Attest des behandelnden Arztes bzw. des Frauenarztes zu.
Tod:	<input type="checkbox"/>	Bitte senden Sie uns eine Kopie der Sterbeurkunde zu und teilen uns das Verwandtschaftsverhältnis mit.
Sonstige Gründe:	<input type="checkbox"/>	

Ist der Versicherungsfall (z.B. Unfall) durch eine fremde Person verursacht worden? Nein Ja

Wenn Ja, geben Sie bitte deren Namen und folgende Daten an:

Name:		Polizeidienststelle:	
Vorname:		Aktenzeichen Polizeirapport oder Ermittlungsnummer:	
Adresse:			
PLZ, Ort:			

Wann ist der Versicherungsfall eingetreten? _____._____

VI. Weitere Versicherungen

Besteht für Sie anderweitig Versicherungsschutz für eine Reiseabbruchversicherung (z.B. bei einer anderen Versicherung, über eine Kreditkarte oder aber über Mitgliedschaften (z.B. TCS)? Nein Ja

Wenn Ja, dann benötigen wir folgende Angaben:

Name Versicherung/Kreditkarteninstitut/Verein	Mitglieds-/Kartennummer

Wurde der Schaden dort gemeldet? Nein Ja

VII. Auszahlung der Versicherungsleistungen

An wen sollen die Versicherungsleistungen gezahlt werden?

Name:		Kreditinstitut:	
Vorname:		IBAN:	
Adresse:		BIC:	
PLZ, Ort:			

Erklärung

Die unterzeichnende Person erklärt, alle Fragen auf allen Seiten wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Mit der Unterzeichnung der Schadenanzeige wird die HanseMerkur International AG ermächtigt, fallbezogen gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden resp. ihren Gesellschafts- und Vertrauensärzten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes Auskünfte zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes notwendig sind. Die involvierten Stellen sind in diesen Fällen gegenüber der HanseMerkur International AG von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis befreit.

Die unterzeichnende Person hat das Recht, über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten Auskunft zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort / Datum

Unterschrift des Versicherten

Hinweis zum Datenschutz:

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten zur Vertragserfüllung. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie unter: www.hansemerkur.ch/datenschutz oder fordern Sie diese gern bei uns an.

Folgende Unterlagen sind der Schadenanzeige beigelegt:	Ja	Nein
Ärztliche Bescheinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versicherungsschein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweis über Zahlung der Prämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reise-Buchungsbestätigung/1. Rechnung des Reiseveranstalters	<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 Zahlung des Reisepreises / 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 Refound erfolgt ist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei E-Ticketing: Nachweis über den Nichtantritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahlungsnachweis bei Buchung mit Kreditkarte inkl. Mitteilung zur Gültigkeitsdauer (Sofern Versicherungsschutz über eine Kreditkarte besteht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Ärztliche Bescheinigung

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-Abbruchversicherung beurteilen können. (Sollte der Platz nicht ausreichen, bitten wir um Ergänzungen auf einem gesonderten Blatt.)

1. Patientendaten

Name:	Versicherungsnummer:
Vorname:	Schadensnummer (wenn vorhanden):
Adresse:	
PLZ, Ort:	

2. Bitte geben Sie die genaue Diagnose mit ICD-Code der/des zur Reiseannullierung führenden Krankheit/Unfalls an:

Bitte beschreiben Sie die Vorgeschichte bzw. die Gesamtanamnese hierzu (ggf. Extrablatt)

3. Wann wurde die Diagnose gestellt bzw. wann ereignete sich der Unfall? _____

4. Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmals ein Arzt aufgesucht? _____

5. Bestand eine Arbeitsunfähigkeit (AU)? Nein Ja, vom _____ bis _____
 Wenn Ja, benötigen wir eine Kopie des AU-Zeugnisses.

Wenn Nein, bitte begründen Sie, warum: _____

6. Erfolgte eine vollstationäre Behandlung? Nein Ja, vom _____ bis _____
 Wenn Ja, benötigen wir einen Entlassungsbericht und den Aufnahmebefund.

7. Welche Therapiemassnahmen wurden eingeleitet? Welche Medikamente wurden verschrieben?

Therapiemassnahmen	Medikamente

8. Wann erfolgten wegen dieser Erkrankung im Einzelnen Behandlungen seit Diagnosestellung und welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

Behandlungsdatum	Untersuchung	Behandlungsdatum	Untersuchung

9. Bestand die Krankheit schon längere Zeit? Nein Ja, seit dem _____._____

Wenn Ja, wann erfolgten in den letzten Jahren Behandlungen zu der/den oben angegebenen Erkrankung/en?
Erfolgte die Behandlung aufgrund einer Verschlechterung der bestehenden Erkrankung?

Behandlungsdatum	Aufgrund Verschlechterung?	Behandlungsdatum	Aufgrund Verschlechterung?

10. Wurden Sie vor der Reisebuchung am _____._____ (Datum) nach der Reisefähigkeit gefragt?

Nein Ja, erstmals am _____._____

Wenn Ja, was wurde dem/der Patienten/in bzw. den Angehörigen geraten bzw. worauf wurde hingewiesen?

11. Wurden Sie nach der Reisebuchung (Datum s. Frage 10) nach der Reisefähigkeit gefragt?

Nein Ja, erstmals am _____._____, letztmalig am _____._____

12. Wann haben Sie zum Abbruch geraten? _____._____

13. Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt? Nein Ja, am _____._____

Bitte nennen Sie uns Name und Anschrift des Facharztes:

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
PLZ, Ort:	

E-Mail Adresse	
Telefonnummer	

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes