

Bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden an

HanseMerkur International AG  
Postfach  
CH 9475 Sevelen

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

**Schadenanzeige zur Reise-Annullierungsversicherung**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie konnten leider Ihre Reise nicht rechtzeitig oder gar nicht antreten. 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.

Sollte ein Reiseabbruch vorliegen, nutzen Sie bitte die Schadenanzeige *Reiseabbruch*:  
([www.hansemerkur.ch/service/schadenmeldung](http://www.hansemerkur.ch/service/schadenmeldung))

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
PLZ, Ort:	

Versicherungsnummer:	
E-Mail Adresse:	
Telefonnummer:	

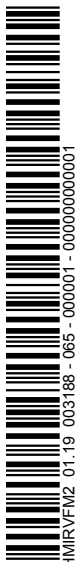
**I. Angaben zur Reise**

Reiseveranstalter:	
Reisebüro:	
Gebucht am:	
Beginn der Reise:	

Reiseziel:	
Abgebrochen am:	
Urspr. Ende der Reise:	

**II. Für welche Reisetilnehmer wurde die Reise storniert?**

Name	Vorname	Anschrift	Geburtsdatum	Telefonnummer



**III. Wer hat den Versicherungsfall ausgelöst?**

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
PLZ, Ort:	

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

**IV. Kosten der Stornierung / der Hinreise-Mehrkosten / der Umbuchung**

Stornokosten bzw. entstandene Kosten	Betrag in CHF

**V. Grund der Reiseannullierung**

Krankheit:	<input type="checkbox"/>	Bitte lassen Sie den beigegeführten Fragebogen vom behandelnden Arzt ausfüllen.
Unfall:	<input type="checkbox"/>	Bitte lassen Sie den beigegeführten Fragebogen vom behandelnden Arzt ausfüllen.
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 des RAV zu.
Arbeitsplatzwechsel:	<input type="checkbox"/>	Bitte senden Sie uns die Kündigungsbestätigung bzw. den Aufhebungsbescheid des RAV und den neuen Arbeitsvertrag zu.
Tod:	<input type="checkbox"/>	Bitte senden Sie uns eine Kopie der Sterbeurkunde zu und teilen Sie 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:	
Vorname:	
Adresse:	
PLZ, Ort:	

Polizeidienststelle:	
Aktenzeichen Polizeirapport oder Ermittlungsnummer:	

Wann ist der Versicherungsfall eingetreten? \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Bei Krankheit: Lag eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor?  Nein  Ja

Wenn Ja, benötigen wir eine Kopie des AU-Zeugnisses und folgende Angaben:

Name Arbeitgeber:	
Adresse:	
PLZ, Ort	

**VI. Weitere Versicherungen**

Besteht für Sie anderweitig Versicherungsschutz für eine Reiseannullierung (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 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 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](http://www.hansemerkur.ch/datenschutz) fordern Sie diese gern bei uns an.

<b>Folgende Unterlagen sind der Schadenanzeige beigelegt:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
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 <small>(Sofern Versicherungsschutz über eine Kreditkarte besteht)</small>	<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:	
Vorname:	
Adresse:	
PLZ, Ort:	

Versicherungsnummer:	
Schadensnummer (wenn vorhanden):	

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