

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

HanseMerkur Reiseversicherung  
Abt. RLK-Leistung - RLK 2+3

Schadenanzeige  
Reise-Rücktrittskosten-Versicherung

zur Schaden-Nr: \_\_\_\_\_  
zur Versicherungs-Nr.: 96002410

Sehr geehrter Kunde,  
Sie haben leider Ihre Reise stornieren müssen. Zur zügigen Bearbeitung Ihres Schadenfalles benötigen wir von Ihnen wichtige Angaben. Damit keine weiteren Rückfragen entstehen, füllen Sie bitte diese Schadenanzeige genau und vollständig aus. Vielen Dank für Ihre Mühe. Für weitere Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit zur Verfügung.

I. Angaben zur Reise :

- 1) Reiseveranstalter: jam reisen GmbH      Reiseziel: \_\_\_\_\_  
2) Reisebüro:      jam reisen GmbH - Steindamm 97 - 20099 Hamburg  
3) Gebucht am: \_\_\_\_\_      Storniert am : \_\_\_\_\_  
4) Beginn der Reise: \_\_\_\_\_      Ende der Reise : \_\_\_\_\_

---

II. Welche Reiseteilnehmer stornierten die Reise ? (Name, Anschrift, Geb.Datum, Telefon-Nr.)

- 1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_  
4) \_\_\_\_\_  
5) \_\_\_\_\_  
6) \_\_\_\_\_

---

III. Name und Anschrift der Person, die den Versicherungsfall ausgelöst hat:

\_\_\_\_\_  
Sofern es sich nicht um einen Reiseteilnehmer handelt, geben Sie bitte auch das Verwandtschaftsverhältnis an

#### IV. Grund der Reisetornierung :

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

Wenn ja, fügen Sie bitte noch eine Kopie der AU-Bescheinigung den Schadenunterlagen bei und geben Sie bitte nachstehend noch Name und Anschrift Ihres Arbeitgebers an:

---

#### V. Reiseabbruch:

Grund für den Reiseabbruch: \_\_\_\_\_

Wann genau wurde die Reise abgebrochen: \_\_\_\_\_

Bitte reichen Sie uns in diesem Fall die Originalbelege für die zusätzlich entstandenen Rückreisekosten, z.B. Hotelrechnungen, Flugtickets, Bahnfahrkarten etc., ein.

---

#### VI. An wen sollen eventuelle Versicherungsleistungen gezahlt werden? (Name, Anschrift, Bankverbindung)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten

---

#### VII. Zur Schadenbearbeitung benötigen wir von Ihnen noch folgende Unterlagen :

- |                                   |                          |  |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Versicherungsschein               | <input type="checkbox"/> | Nachweis über die Zahlung der Vers.-Prämie | <input type="checkbox"/> |
| Reise-Buchungsbestätigung (Kopie) | <input type="checkbox"/> | Teilnehmerliste des Reiseveranstalters     | <input type="checkbox"/> |
| Stornokostenrechnung im Original  | <input type="checkbox"/> | Reisebedingungen des Reiseveranstalters    | <input type="checkbox"/> |
| Mietvertrag im Original           | <input type="checkbox"/> | Mietbedingungen des Vermieters             | <input type="checkbox"/> |
| Flugtickets im Original           | <input type="checkbox"/> | Nachweis über zusätzliche Rückreisekosten  | <input type="checkbox"/> |

---

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

## Schweigepflichtentbindung:

**Veranstalter:**  
**Schaden-Nr.:**

**Sehr geehrte/r Versicherte/r,**

bitte unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung und leiten Sie diesen Vordruck an den behandelnden Arzt weiter.

### **Schweigepflichtentbindungserklärung:**

„Mir ist bekannt, daß der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruchs mache. Zu diesem Zweck befreie ich die 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 (längstens ein Jahr vor Eintritt des Schadenfalls, bei unregelmäßig über längere Zeit auftretenden, z.B. psychischen oder epileptischen Krankheiten zwei Jahre) 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.

Diese Erklärung gebe ich für die von mir gesetzlich vertretene(n) Person(en)

Name(n) der versicherten Person(en):

\_\_\_\_\_ ab,  
die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann (können).“

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

-----  
**Rückantwort :**

**HanseMerkur Reiseversicherung AG**  
**Siegfried-Wedells-Platz 1**  
**Abt. RLK-Leistung**

**20352 Hamburg**

## Ärztliche Bescheinigung:

Veranstalter:  
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 Reise-Rücktrittskosten-Versicherung beurteilen können.

Name des Patienten

Geburtsdatum

Straße, PLZ, Wohnort

Krankenkasse / -versicherer

Versicherten-Nr.

### I. Krankheit / Unfall:

1. a) Genaue Diagnose mit ICD-Code: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 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 AU-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 ? Datumsangaben erbeten !  
\_\_\_\_\_
- 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 ? Datumsangaben erbeten !  
\_\_\_\_\_
- c) An welchen dieser Daten erfolgte die Behandlung aufgrund einer Verschlechterung der bestehenden Erkrankung ? \_\_\_\_\_
9. Bestanden zur Zeit der Reisebuchung \* Bedenken, ob der/die Patient/in die geplante Reise ohne gesundheitliches Risiko durchführen kann ? (\*Datum: \_\_\_\_\_)
10. Wurden Sie nach der Reisefähigkeit gefragt ?  Nein  Ja, erstmals am \_\_\_\_\_  
letztmalig am \_\_\_\_\_
11. Wann (Datum) haben Sie vom Antritt der Reise abgeraten ? \_\_\_\_\_
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