

Schadenanzeige zur Reiserücktrittsversicherung

TravelProtect GmbH – Alfred-Nobel-Straße 20 – 97080 Würzburg

Bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden an:

TravelProtect GmbH
Alfred-Nobel-Straße 20
97070 Würzburg

Versicherungsnr.:

Schadennummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur schnellen Bearbeitung Ihres Schadenfalls benötigen wir von Ihnen weitere Angaben. Hierzu füllen Sie bitte die vorliegende Schadenanzeige vollständig aus und schicken sie unterschrieben an die o.g. Adresse zurück.

I. Angaben zur Ihrer Reise

1. Reiseziel	<input type="text"/>	2. Reiseveranstalter	<input type="text"/>
2. Reisebeginn am:	<input type="text"/>	3. Reiseende am:	<input type="text"/>
5. Gebucht am:	<input type="text"/>	6. Storniert am:	<input type="text"/>

II. Reiseteilnehmer (Name & Geburtsdatum)

1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	4. <input type="text"/>
5. <input type="text"/>	6. <input type="text"/>

III. Reisestornierung

1. Welche Person hat den Versicherungsfall ausgelöst. Bitte geben Sie Namen, Geburtsdatum und ggf. das Verwandtschaftsverhältnis an:

2. Wurde der Schaden durch eine fremde Person verursacht? Wenn ja, geben Sie Namen und Anschrift dieser Person an, sowie ggf. Tagebuch-Nr und Polizeidienststelle:

2. Welche Stornokosten/Gebühren sind entstanden?

3. Aus welchem Grund haben Sie die Reise storniert? Bitte fügen Sie Sie zum Nachweis die entsprechend angeforderten Belege bei.

Krankheit, Unfall (bitte vom behandelnden Arzt die beiliegende Ärztliche Bescheinigung ausfüllen lassen)

Schwangerschaft (bitte Kopie des Mutterpasses beilegen)

Todesfall (bitte Kopie der Sterbeurkunde & Beleg über das Verwandtschaftsverhältnis beilegen)

Arbeitsplatzverlust (bitte Kopie der betriebsbedingten Kündigung beifügen)

Arbeitsaufnahme (bitte Kopie des Arbeitsvertrags & Bestätigung der Bundesagentur für Arbeit beifügen)

Schaden am Eigentum (bitte Nachweis über den Art des Schadens und die Schadenshöhe beifügen)

Sonstiges (bitte Begründung angeben)

4. Besteht für Sie anderweitiger Versicherungsschutz für einen Reiserücktritt (ADAC, MasterCard, VISA, etc.), falls ja, bitte geben Sie und Ihre Mitglieds-, Kreditkarten- oder Versicherungsnummer und den Namen der Gesellschaft an:

IV. Bankdaten

An wen sollen eventuelle Versicherungsleistungen erstattet werden (Name, Anschrift, Bankverbindung, ggf. IBAN, BIC, Name und Anschrift der Bank):

V. Weitere Unterlagen

Bitte senden Sie uns für die Sachbearbeitung noch folgende Unterlagen zu, um eine rasche Abwicklung Ihres Versicherungsfalles zu gewährleisten:

Stornorechnung im Original Buchungsbestätigung in Kopie Nichtantrittsbestätigung

Sterbeurkunde in Kopie Verwandtschaftsnachweis Nachweis über gemeinsamen Wohnsitz

AGB des Reiseveranstalters Zahlungsnachweis Nachweis der betriebsbedingten Kündigung

Kopie des Mutterpasses Sonstiges:

VI. Hinweis über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

bitte beachten Sie folgende Hinweise.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheit

aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit). Um die sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht zu ermöglichen, sind wir berechtigt, alle Angaben einzufordern, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Sie sind dazu verpflichtet, alle Belege/Dokumente zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege/Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen oder Dokumenten arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen und Dokumenten verpflichtet.

VII. Schlusserklärung

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 / Haftpflichtigen bzw. gegen meine gesetzliche oder private Krankenversicherung in Höhe der von der Bayerischen gezahlten Leistungen an die TravelProtect GmbH ab.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer oder gesetzlicher Vertreter

VIII. Schweigepflichtentbindung und ärztliche Bescheinigung

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 der Schweigepflicht bitte von der erkrankten bzw. verunfallten Person (versicherte Person oder Risikopersonen) 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.

Bitte beachten Sie: Sie bzw. die Person, über die gesundheitsbezogene Daten erhoben werden sollen, haben die Möglichkeit, die Entbindung der Schweigepflicht zu verweigern. In diesem Falle ruht eine etwaige Leistungspflicht der Bayerischen mindestens bis zu dem Zeitpunkt, in welchem ihr die Möglichkeit zur Leistungsprüfung möglich gemacht wird.

Schweigepflichtsentbindungserklärung:

Mir ist bekannt, dass die Bayerische zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht Angaben über die zum Versicherungsfall führenden Erkrankungen bzw. die unfallbedingten Beeinträchtigungen einholt und, wenn dies nötig wird, 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):

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.

Ort, Datum

Unterschrift der Person, über die berichtet werden soll

IX. 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 Reiserücktrittsversicherung beurteilen können. Sollte der Platz nicht ausreichen, bitten wir um Ergänzungen auf einem gesonderten Blatt.

--	--

Name des Patienten

Geburtsdatum

--

Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort)

1. Genaue Diagnose mit ICD-Code der/des zur Stornierung der Reise führenden Krankheit/Unfalls

--

2. Wann wurde die Diagnose gestellt?

--

3. Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmals ein Arzt aufgesucht?

--

4. Bestand ggf. Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja bitte Kopie der AU beilegen

nein ja

--

5a. Fand eine stationäre Behandlung statt? Wenn ja, bitte Entlassbericht in Kopie beifügen.

nein ja

--

5b. Wenn ja, bitte genaues Datum der stat. Behandlung angeben

--

6. Welche Therapiemaßnahmen wurden eingeleitet? Bitte ggf. Medikation angeben.

--

7. Wann erfolgten wegen dieser Erkrankung im Einzelnen Behandlungen seit der Diagnosestellung (inkl. Datum)?

--

8a. Bestand die Krankheit schon längere Zeit?

ja nein

8b. Wenn ja, bitte geben Sie alle Behandlungen an, die in den letzten drei Jahren zu der/den o.g. Erkrankung/en erfolgt sind. Bitte geben Sie detaillierte Daten an (ggf. auf einem Beiblatt).

--

8c. An welchen dieser Daten erfolgte die Behandlung aufgr. Verschlechterung einer bestehenden Erkrankung?

--

9. Wurden Sie **vor** der Reisebuchung nach der Reisefähigkeit gefragt?

nein ja

--

10. Wurden Sie **nach** der Reisebuchung nach der Reisefähigkeit gefragt?

nein ja

--

11. Wann haben Sie vom Antritt einer Reise abgeraten?

--

12. Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt?

nein ja

--

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes