

**Name und Anschrift des Kunden**

Bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden an

HanseMerkur Reiseversicherung AG  
Abt. RLK  
Postfach  
20352 Hamburg

E-Mail: Reiseleistung@hansemerkur.de

**Schadenanzeige zur Notfall-Versicherung**

**Versicherungs-Nr. / Kreditkarten-Nr. / Schaden-Nr.:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben während Ihrer Reise eine Notfall erlitten. 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! Für Ihre Fragen stehen wir Ihnen zur Verfügung.

Hinweis zum Datenschutz: Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten zur Vertragserfüllung. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte finden Sie unter: <https://www.hmr.de/datenschutz/information> oder fordern Sie diese gerne bei uns an.

**I. Angaben zur Reise:**

1) Reiseveranstalter: \_\_\_\_\_ Reiseziel: \_\_\_\_\_

2) Reisebüro: \_\_\_\_\_

3) Gebucht am: \_\_\_\_\_ ggf. abgebrochen am: \_\_\_\_\_

4) Beginn der Reise: \_\_\_\_\_ urspr. Ende der Reise: \_\_\_\_\_

**II. Welche Reiseteilnehmer sind vom Schaden betroffen?  
(Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefon-Nr., E-Mail)**

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

6) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Geben Sie bitte auch das **Verwandtschaftsverhältnis** an.

#### IV. Grund des Schadenfalles:

- |                               |                          |   |   |  |
|-------------------------------|--------------------------|---|---|--|
| <b>Krankheit</b>              | <input type="checkbox"/> | } | → | Bitte reichen Sie uns ein aussagefähiges Attest mit Diagnose Ihrer behandelnden Ärzte ein.                               |
| <b>Unfall</b>                 | <input type="checkbox"/> |   |   |  |
| <b>Tod</b>                    | <input type="checkbox"/> |   | → | Bitte senden Sie uns die Sterbeurkunde in Kopie und teilen Sie uns das Verwandtschaftsverhältnis mit.                    |
| <b>Krankenbesuch</b>          | <input type="checkbox"/> |   | → | Bitte senden Sie uns ein aussagefähiges Attest mit Diagnose der behandelnden Ärzte und die Originalbelege der Reise ein. |
| <b>Krankentransport</b>       | <input type="checkbox"/> |   | → | Bitte senden Sie uns ein aussagefähiges Attest mit Diagnose der behandelnden Ärzte und die Originalbelege der Reise ein. |
| <b>Hotelkosten</b>            | <input type="checkbox"/> |   | → | Bitte senden Sie uns die Originalbelege der Hotelkosten ein.   |
| <b>Arzneimittelversand</b>    | <input type="checkbox"/> |   | → | Bitte senden Sie uns die entsprechenden Originalbelege ein.  |
| <b>Bergungskosten</b>         | <input type="checkbox"/> |   | → | Bitte senden Sie uns die Originalbelege der Bergung ein.   |
| <b>Überführung/Bestattung</b> | <input type="checkbox"/> |   | → | Bitte senden Sie uns die entsprechenden Originalbelege ein.  |
| <b>Darlehensgewährung</b>     | <input type="checkbox"/> |   | → | Bitte senden Sie uns die entsprechenden Originalbelege ein.  |
- (bei Kostenübernahmeerklärungen gegenüber Krankenhäusern, Reiseabbruch, verspäteter Rückreise, Entführung, Strafverfolgung, Verlust von Reisezahlungsmitteln)
- |                                   |                          |  |   |   |
|-----------------------------------|--------------------------|--|---|---|
| <b>Reiseruf</b>                   | <input type="checkbox"/> |  | → | Bitte senden Sie uns die entsprechenden Originalbelege ein. |
| <b>Betreuung von Kindern</b>      | <input type="checkbox"/> |  | → | Bitte senden Sie uns die entsprechenden Originalbelege ein. |
| <b>Verlust v. Reisedokumenten</b> | <input type="checkbox"/> |  | → | Bitte senden Sie uns die entsprechenden Originalbelege ein. |
| <b>Umbuchung/Verspätung</b>       | <input type="checkbox"/> |  | → | Bitte senden Sie uns die entsprechenden Originalbelege ein. |
| <b>Fahrradpanne/-diebstahl</b>    | <input type="checkbox"/> |  | → | Bitte senden Sie uns die entsprechenden Originalbelege ein. |

**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?** \_\_\_\_\_

#### VI. An wen sollen eventuelle Versicherungsleistungen gezahlt werden? (Name, Anschrift, Bankverbindung, ggf. IBAN, BIC, Name und Anschrift der Bank für Auslandszahlungen)

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

#### Unterschrift des Versicherten

#### VI. Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zu, damit wir den Schadenfall für Sie bearbeiten können:

- |   |                                     |  |                                     |
|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Versicherungsschein   | <input checked="" type="checkbox"/> | Nachweis über die Zahlung der Vers.-Prämie                               | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Reise-Buchungsbestätigung/1. Rechnung des Reiseveranstalters (Kopie)    | <input checked="" type="checkbox"/> | Teilnehmerliste des Reiseveranstalters                                   | <input type="checkbox"/>            |
| Ggf. Stornokostenrechnung im Original                                   | <input type="checkbox"/>            | Reisebedingungen des Reiseveranstalters                                  | <input type="checkbox"/>            |
| Mietvertrag im Original   | <input type="checkbox"/>            | Mietbedingungen des Vermieters   | <input type="checkbox"/>            |
| Belege der Rückreisekosten im Original.<br>z. B. Flug- oder Bahntickets | <input type="checkbox"/>            | Bestätigung des Vermieters, dass eine Weitervermietung nicht möglich war | <input type="checkbox"/>            |
| Attest vom Arzt im Urlaubsort   | <input checked="" type="checkbox"/> | Zahlungsnachweis bei <u>Buchung mit Kreditkarte</u>                      | <input type="checkbox"/>            |

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

**VII. Aufstellung über entstandene Kosten**

Pos.	Rechnungs-aussteller	Entstandene Kosten für	Rechnungs-datum	Betrag / Währung	diese Spalte bitte freilassen
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der HanseMerkur eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

Versicherungs-/Vorgangs-/Buchungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Bitte angeben, sofern nicht vorgegeben

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

Bitte angeben, sofern bekannt

### **VIII. Hinweis über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall**

#### **Belehrung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

#### **Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten**

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 unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege/Dokumente zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

#### **Leistungsfreiheit**

Machen Sie entgegen der 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/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/Dokumenten verpflichtet.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

-----  
Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter

### **IX. Schlusserklärungen**

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

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

-----  
Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter