

# Schadenmeldung

Schaden-Nr.

## Annullierungskosten

HHD

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Sie haben Ihre Reise leider annullieren müssen. Damit wir schnell und unkompliziert eine Versicherungsleistung erbringen können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Angaben. Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige sorgfältig aus und legen Sie, soweit zutreffend, folgende Unterlagen bei.

- Reiseunterlagen (Annullierungs-Abrechnung und Buchungsbestätigung)
- Arztzeugnis / Todesschein / -anzeige
- Ärztliche Bescheinigung (ab einem Betrag von EUR 1000.- durch den behandelnden Arzt / die behandelnde Ärztin ausfüllen zu lassen)
- Kopie der Versicherungs-Police

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

### Fragen zum / zur Versicherungsnehmer / in (anspruchsberechtigte Person)

Name: \_\_\_\_\_

Vornamen: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse/Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber erreichbar): \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Kontonummer (IBAN): \_\_\_\_\_ Bankleitzahl (BIC/SWIFT): \_\_\_\_\_

### Fragen zu weiteren Versicherungsdeckungen

1. Sind Sie bei einer anderen Gesellschaft gegen Annullierungskosten versichert?  ja  nein

Gesellschaft: \_\_\_\_\_ Police Nr.: \_\_\_\_\_

### Fragen zur geplanten Reise

2. Datum des Buchungsauftrages: \_\_\_\_\_

3. Datum der Annullierung: \_\_\_\_\_

4. Wie viele Personen haben gemeinsam gebucht? \_\_\_\_\_

5. Wie viele davon haben annulliert? \_\_\_\_\_

6. In welchem Verhältnis stehen die Reisetilnehmer zu einander? \_\_\_\_\_

### Fragen zum Ereignis

7.  unerwartete schwere Krankheit  Unfall  Todesfall  andere: \_\_\_\_\_

Kurze Zusammenfassung des Falles: \_\_\_\_\_

### Bestätigung und Vollmacht

ERV ist von der Leistungspflicht befreit, wenn die versicherte Person die ERV nach Eintritt des Versicherungsfalles arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

Ich ermächtige Ärzte, Krankenanstalten und Versicherungen aller Art der ERV alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und befreie die Genannten hiermit von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Schadenverursachers oder des gesetzlichen Vertreters

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des / der Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

**Fragen zum Ereignis**

1. Datum der Erstbehandlung im Zusammenhang mit diesem Ereignis: \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_
2. Genaue Diagnose (keine Abkürzungen): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Wurden weitere Behandlungen oder Nachkontrollen angeordnet?  ja  nein
4. Wann erkrankte/verunfallte der/die Patient/in? \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_
5. Wurden diese Beschwerden zuvor bereits einmal/mehrfach behandelt?  ja  nein  
Falls ja, in welchem Behandlungszeitraum? \_\_\_\_\_ Daten: \_\_\_\_\_
6. Anamnese: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Ist eine unvorhersehbare gravierende Verschlechterung eingetreten?  ja  nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
8. War der/die Patient/in arbeitsunfähig?  ja  nein  
Falls ja, von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
9. Fand eine stationäre Behandlung statt?  ja  nein  
Wenn ja, von wann bis wann? (Bitte eine Kopie des Austrittberichtes mitsenden) \_\_\_\_\_
10. Erfolgte eine Operation?  ja  nein  
Wenn ja, Datum der Operation: \_\_\_\_\_
11. Wann genau wurde der Operationstermin vereinbart? \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Fragen zur Reisefähigkeit**

12. Bestanden zur Zeit der Reisebuchung ärztlicherseits Bedenken gegen den Antritt der Reise?  ja  nein  
Begründung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Wann war erstmalig erkennbar, dass die Reise wegen des Gesundheitszustandes nicht angetreten werden konnte?  
Datum: \_\_\_\_\_  
Aus welchem Grund? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Hat der/die Patient/in Sie über sein/ihr Reisevorhaben informiert?  ja  nein  
Falls ja, wann? \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_
15. Ab wann hielten Sie den/die Patient/in wieder für reisefähig? \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Weitere Bemerkungen**

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