

WÜRZBURGER-VERSICHERUNGS-AG
Bahnhofstraße 11
97070 Würzburg

Schadenanzeige zur Reiserücktrittskostenversicherung

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer,

Sie haben leider Ihre Reise stornieren müssen. Zur zügigen Bearbeitung Ihres Schadenfalles benötigen wir von Ihnen wichtige Angaben. Damit keine weitere 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.

Versicherungsnummer

Vorgangsnummer (sofern bekannt)

Angaben zur Reise

Reiseveranstalter

Reisebüro

Beginn der Reise

Ende der Reise

Gebucht am

Storniert am

(Nachweis im Original anfügen)

Welche Reiseteilnehmer stornieren die Reise? (Name, Anschrift, Geburtsdatum)

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Welche Person hat den Versicherungsfall ausgelöst?

Sollte der Versicherungsfall (z.B. Unfall) durch eine bestimmte Person verursacht worden sein, geben Sie bitte **Namen, Geburtsdatum und genaue Anschrift** dieser Person an sowie bei Verkehrsunfällen ggf. Tagebuch-Nr. und Polizeidienststelle. Sofern es sich nicht um einen Reiseteilnehmer handelt, teilen Sie uns bitte das Verwandtschaftsverhältnis mit. Bitte legen Sie uns auch einen entsprechenden Nachweis bei.

Wann ist der Versicherungsfall eingetreten?

Bei Krankheit:

Lag eine Arbeitsunfähigkeit vor? Nein Ja, ab

Wenn ja, fügen Sie bitte noch eine Kopie der AU-Bescheinigung bei und geben Sie nachstehend Namen und Anschrift Ihres Arbeitgebers an.

Grund des Reiserücktritts

Table with 2 columns: Grund des Reiserücktritts (checkboxes) and Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen von dem behandelnden Arzt ausfüllen. (instructions)

Welche Kosten sind durch den Reiserücktritt angefallen? Welche Leistungen werden von Ihnen beantragt?

Beschreibung der Leistung, Betrag, ggf. Währung mit angeben; siehe Anlage „Belege über Kosten (Storno-, Umbuchungs-, oder Mehrkosten)“

Bestehen weitere Reiserücktrittskostenversicherungen? Nein Ja

Wenn ja, geben Sie hier bitte den Namen und die Anschrift der Gesellschaft an.

Empty text box for insurance company name and address.

Versicherungsnummer

Empty text box for insurance number.

An wen sollen eventuelle Versicherungsleistungen gezahlt werden?

Name, Vorname des Kontoinhabers

Empty text box for account holder name.

Straße und Hausnummer

Empty text box for street and house number.

PLZ und Ort

Empty text box for postal code and location.

Name und Ort des Kreditinstituts

Empty text box for bank name and location.

IBAN Prüfzahl Bankleitzahl Kontonummer (rechtsbdg. u. ggf. mit Nullen auffüllen)

IBAN input field with grid for digits.

BIC

BIC input field with grid for characters.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungs-pflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Ob-liegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen 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 und den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Unterschrift des Versicherungsnehmers

WÜRZBURGER-VERSICHERUNGS-AG
Bahnhofstraße 11
97070 Würzburg

Sehr geehrte/r Frau/Herr Doktor,

wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen im Interesse unseres Kunden/Ihres Patienten vollständig zu beantworten, damit wir die Leistungspflicht aus der Reiserücktrittskosten-Versicherung beurteilen können.

Angaben zum Patienten

Name Geburtsdatum

Straße PLZ, Wohnort

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) Bestand Arbeitsunfähigkeit? Nein Ja, vom bis

Wenn ja, bitte eine Kopie der AU-Bescheinigung beifügen!

5. Stationäre Behandlung? Nein Ja, vom bis

Wenn ja, bitte den Entlassungsbericht oder den Aufnahmebefund beifügen.

6. Welche Therapiemaßnahmen wurden eingeleitet?

Bitte auch die verschiedenen 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 haben Sie vom Antritt der Reise abgeraten? Datum

12. Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt? Nein Ja, am

Bitte den Namen und die Anschrift des Arztes hier angeben.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

