

Name und Anschrift des Kunden

Bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden an

HanseMerkur Reiseversicherung AG  
Abt. Reise-Leistung (RLK)  
Siegfried-Wedells-Platz 1  
20354 Hamburg

**Schadenanzeige zur  
Reise-Unfallversicherung**

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

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Sehr geehrter Kunde,  
während Ihrer Reise ereignete sich leider ein Unfall. Zur zügigen Bearbeitung Ihres Schadenfalles benötigen wir von Ihnen wichtige Angabe. Hierzu füllen Sie bitte diese Schadenanzeige genau und vollständig aus. Vielen Dank für Ihre Mühe.

**I. Allgemeiner Teil**

Veranstalter: \_\_\_\_\_ Reiseland: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Sollte die oben genannte Anschrift nicht mehr korrekt sein, nennen Sie uns bitte Ihre neue Anschrift und die Telefonnummer (tagsüber):

**Angaben zur verletzten Person:**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. (tagsüber): \_\_\_\_\_

derzeitige Beschäftigung: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

**II. Angaben zum Unfalleignis:**

Unfalltag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Wie ereignete sich der Unfall? Was war die Ursache?  
(Sofern der Platz nicht ausreicht, nutzen Sie bitte ein separates Blatt. Danke.)

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

Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?  Nein  Ja

Handelt es sich um einen Wegeunfall?:  Nein  Ja

(auf dem Arbeitsweg)

Ereignete sich der Unfall in Ausübung der beruflichen Tätigkeit? \_\_\_\_\_

Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an? \_\_\_\_\_

Aktenzeichen und Anschrift, sofern bekannt: \_\_\_\_\_

Hatte die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol, Medikamente oder andere Rauschmittel zu sich genommen?  Nein  Ja, zu welcher Zeit, in welcher Menge und Art?

Wurde eine Blutprobe entnommen?  Nein  Ja, Ergebnis? \_\_\_\_\_ Promille

Gibt es Zeugen, die den Unfall beobachtet, oder Personen, die Erste Hilfe geleistet haben?

Name	Anschrift	Telefon-Nr.	Augenzeuge/Erste Hilfe	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?  Nein  Ja, Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Anschrift der Dienststelle: \_\_\_\_\_

Wurde der Vorgang an eine Staatsanwaltschaft oder Bußgeldstelle weitergeleitet?  Nein  Ja  unbekannt

### III. Unfallfolgen:

Welche Verletzungen sind entstanden? \_\_\_\_\_

Welcher Arzt führte die erste Behandlung durch? \_\_\_\_\_

Name, Anschrift und Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Wann erfolgte die erste Behandlung (Datum)? \_\_\_\_\_

Was wurde angeordnet? \_\_\_\_\_

War ein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich?  Nein  Ja

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Anschrift des Krankenhauses \_\_\_\_\_

Haben noch weitere Ärzte die Unfallverletzung behandelt?  Nein  Ja

Name und Anschrift \_\_\_\_\_ Fachrichtung \_\_\_\_\_ Behandlungsdaten \_\_\_\_\_

Ist die Behandlung abgeschlossen?  Nein  Ja, seit dem: \_\_\_\_\_

### IV. Allgemeine Angaben zur verletzten Person:

Bestanden am Unfalltag noch weitere Unfallversicherungen?  Nein  Ja

Gesellschaft \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_ Vertragsnummer \_\_\_\_\_

Gab es Unfallversicherungen, die inzwischen beendet sind?  Nein  Ja

Erhielt die verletzte Person aus diesen Verträgen Zahlungen?  Nein  Ja

Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

**V. Gesundheitszustand vor dem Unfall:**

War die verletzte Person vor dem Unfall körperlich und geistig vollkommen gesund?  Nein  Ja

Welche Krankheiten, Behinderungen, Leiden, Gebrechen oder Verletzungsfolgen bestanden und seit wann?

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

Fehlten schon Gliedmaßen?  Nein  Ja, welche und seit wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurden bereits vor dem Unfall regelmäßig Medikamente eingenommen?  Nein  Ja

Welche? Seit wann? Dosierung? Weswegen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurde die verletzte Person in den letzten 3 Jahren vor dem Unfall ärztlich behandelt?  Nein  Ja

Wann und aus welchem Grund? \_\_\_\_\_

Name, Anschrift und Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Wurde vor dem Unfall eine Rente bezogen oder ggf. beantragt?  Nein  Ja

Berufsunfähigkeits-,  Unfall-,  Erwerbsunfähigkeits-,  Kriegsrente oder  sonstige Rente \_\_\_\_\_

Datum der Antragstellung: \_\_\_\_\_ Datum der Bewilligung: \_\_\_\_\_

Wurde vor dem Unfall ein Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung gestellt oder bewilligt?  Nein  Ja

Datum der Antragstellung: \_\_\_\_\_ Datum der Bewilligung: \_\_\_\_\_

Liegt eine Eingruppierung in eine Pflegestufe vor oder wurde ein Antrag gestellt?  Nein  Ja

Datum der Antragstellung: \_\_\_\_\_ Eingruppierung in Pflegestufe:  1  2  3  
seit dem (Datum): \_\_\_\_\_

Fügen Sie bitte Anträge oder Bescheide zu Renten oder Pflegestufen in Kopie bei. Dafür vielen Dank!

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

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Versicherungsnachweis (Kopie)                    | <input checked="" type="checkbox"/> Nachweis über die Zahlung der Vers.-Prämie          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Buchungsbestätigung Ihres Veranstalters (Kopie)  | <input checked="" type="checkbox"/> Zahlungsnachweis bei <u>Buchung mit Kreditkarte</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Reisenachweis, z. B. Flugtickets, Bahnfahrkarten | <input checked="" type="checkbox"/> Polizeiprotokoll                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Behandlungsnachweise vom Arzt                    | <input checked="" type="checkbox"/> Erbschein (im Todesfall)                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sterbeurkunde/Totenschein (im Todesfall)         |   |

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

Versicherungs-/Vorgangs-/Buchungs-Nr.: \_\_\_\_\_  
Bitte angeben, sofern nicht vorgegeben

Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_  
Bitte angeben, sofern bekannt

## VII. 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

## VIII. 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

**IX. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten,  
Schweigepflichtentbindungserklärung und ärztliche Bescheinigung**

**Versicherungs-Nr.:**  
**Schaden-Nr.:**

**1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die  
HanseMerkur Reiseversicherung AG**

Ich willige ein, dass die HanseMerkur Reiseversicherung AG die von mir in diesem Leistungsantrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung, Leistungsprüfung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

**2. Einzelfalleinwilligung zur Prüfung der Leistungspflicht (Schweigepflichtentbindung)**

Sofern Sie nicht selber erkrankt oder verunfallt sind, lassen Sie die Erklärung bitte von der Person unterzeichnen, deren Gesundheitsdaten erhoben bzw. verwendet werden sollen (versicherte Person oder Risikoperson, z. B. Eltern, Kinder, Großeltern ect.).

Die Erklärung stellt keine generelle Entbindung von der Schweigepflicht dar, sondern erstreckt sich nur auf Auskünfte über die Erkrankungen, welche im Zusammenhang mit der Reisetornierung stehen. Sie bzw. die Person, über die gesundheitsbezogene Daten erhoben werden sollen, haben die Möglichkeit, die Abgabe der nachfolgenden Erklärungen zu verweigern. In diesem Falle ruht eine etwaige Leistungspflicht der HanseMerkur Reiseversicherung AG mindestens bis zu dem Zeitpunkt, in welcher ihr die Möglichkeit zur Leistungsprüfung wieder möglich gemacht wird.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur Reiseversicherung – soweit dies für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei

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

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

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

erhebt und zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und –verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die HanseMerkur Reiseversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die HanseMerkur Reiseversicherung AG an diese Stelle weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die HanseMerkur Reiseversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

**3. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die HanseMerkur Reiseversicherung AG benötigt hierzu Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur Reiseversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die HanseMerkur Reiseversicherung zurück übermittelt werden.

Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die HanseMerkur Reiseversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von Ihrer Schweigepflicht.

#### 4. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen

Die HanseMerkur Reiseversicherung führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. den Notruf-Service oder die telefonische Kundenberatung, bei denen es zur Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Die HanseMerkur Reiseversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die HanseMerkur Reiseversicherung erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die derzeitige Liste kann im Internet unter [www.hansemerkur.de/service/datenschutz](http://www.hansemerkur.de/service/datenschutz) eingesehen oder schriftlich angefordert werden.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur Reiseversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wie die HanseMerkur Reiseversicherung dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der HanseMerkur Reiseversicherung AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 5. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die HanseMerkur Reiseversicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die HanseMerkur Reiseversicherung AG Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können Sie kontrollieren, ob die HanseMerkur Reiseversicherung den Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die HanseMerkur Reiseversicherung unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die HanseMerkur Reiseversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Person, über welche Daten erhoben werden sollen  
bzw. des gesetzlichen Vertreters