

**Union Reiseversicherung
Reiseservice
66087 Saarbrücken**

Versicherungs-Nr. (falls vorhanden)

Falls Sie über eine Kreditkarte versichert sind:
Kreditkarten-Nr.

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

A Angaben zu den Reiseteilnehmern

1. Wer hat die Reise gebucht?

Name/Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer	<input type="text"/>		
Länderkennung/PLZ	- <input type="text"/>	Wohnort	<input type="text"/>
Telefon (tagsüber)	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>

2. Namen der Reiseteilnehmer, deren Reise storniert, verspätet angetreten oder abgebrochen wurde

Name/Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Name/Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Name/Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Name/Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>

3. Wohin soll die Entschädigung überwiesen werden?

Kontoinhaber/Name/Vorname	<input type="text"/>		
Straße/Hausnummer	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Kreditinstitut	<input type="text"/>		
IBAN	DE <input type="text"/>	BIC	<input type="text"/>

B Angaben zur stornierten, abgebrochenen oder umgebuchten Reise

Bei welchem Reisebüro haben Sie die Reise gebucht (ggf. auch Telefonnummer)?	<input type="text"/>		
Buchung am	<input type="text"/>	Geplanter Reisebeginn	<input type="text"/>
Stornierung am	<input type="text"/>	Reiseabbruch am	<input type="text"/>
		Geplantes Reiseende	<input type="text"/>
		Verspäteter Reiseantritt	<input type="text"/>

Schadenanzeige

Reise-Rücktrittskosten-Versicherung

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

C Angaben zum Versicherungsfall

1. Wer hat den Versicherungsfall ausgelöst?

1.1. Einer der Reiseteilnehmer?

Nein Ja

Name/Vorname

1.2. Ein nicht mitreisender Angehöriger?

Nein Ja

Name/Vorname

Wie verwandt mit dem Reiseteilnehmer?
(Bitte Nachweis beifügen.)

2. Warum wurde die Reise storniert bzw. abgebrochen?

Unerwartete schwere Erkrankung

Schwangerschaft

Tod

Unerwartete betriebsbedingte Kündigung / Arbeitsaufnahme nach Arbeitslosigkeit / Arbeitsplatzwechsel

Unfall: Unfalltag

Unfallort

Wurde der Unfall durch Dritte verursacht?

Nein Ja

Name und Anschrift
des Unfallverursachers

Haftpflichtversicherung des Unfall-
verursachers und Versicherungs-Nr.

Sonstiges (bitte ergänzen):

3. Stornierung bzw. Reiseabbruch

3.1. Wann ist das Ereignis eingetreten, das zur Stornierung der Reise bzw. zum Reiseabbruch geführt hat?

Datum

Anmerkungen

3.2. Wenn die Reise nicht unverzüglich storniert wurde, geben Sie bitte die Gründe für die Verzögerung an:

Bitte beachten Sie: Die versicherte Person ist verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalls die Reise unverzüglich zu stornieren, um die Stornokosten möglichst niedrig zu halten.

4. Welche Kosten sind entstanden?

4.1. Höhe der entstandenen Stornokosten?

Bitte beachten Sie: Versichert sind die dem Reiseveranstalter (ggf. Fluglinie, Ferienhausvermietung, Hotel o. Ä.) vertraglich geschuldeten Stornogebühren und das bei Buchung in Rechnung gestellte Vermittlungsentgelt.

4.2. Sind durch den Reiseabbruch zusätzliche Rückreisekosten entstanden? Wenn ja, welche?

Bitte beachten Sie: Nicht versichert sind Telefonkosten, Kurtaxe, Visagebühren etc.

4.3. Aufstellung der nicht in Anspruch genommenen Reiseleistung bei Reiseabbruch:

4.4. Aufstellung der entstandenen Mehrkosten bei verlängertem Aufenthalt:

(Bitte jeweils die entsprechenden Nachweise/Rechnungen beifügen.)

Schadenanzeige

Reise-Rücktrittskosten-Versicherung

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

5. Anlagen

1. Allgemeine Unterlagen bei Einreichung eines Schadenfalls:

- Versicherungsnachweis (z. B. Überweisungsträger, Prämienrechnung, 16-stellige Kreditkartennummer, ...)
- Kopie der Buchungsbestätigung
- Stornokostenrechnung im Original

2. Für die jeweiligen Rücktritts- bzw. Abbruchgründe wird benötigt:

- bei Krankheit, Unfall, Schwangerschaft: ausführliches Attest mit Diagnose und Behandlungsdaten
- bei psychiatrischen Erkrankungen: ausführliches Attest vom behandelnden Facharzt für Psychiatrie
- bei Todesfall: Kopie der Sterbeurkunde
- bei Kündigung: Kündigungsschreiben des Arbeitgebers (Daraus sollte ersichtlich sein, ob es sich um eine betriebsbedingte oder personenbezogene Kündigung handelt.)
- bei Arbeitsaufnahme: Aufhebungsbescheid der Arbeitsagentur und Kopie des neuen Arbeitsvertrages
- bei Arbeitsplatzwechsel: Bescheinigung des Arbeitgebers über den Arbeitsplatzwechsel und Bescheinigung des bisherigen Arbeitgebers über bestehendes Arbeitsverhältnis (ggf. Kündigungsschreiben)
- bei erheblichem Schaden am Eigentum: Nachweis, dass ein erheblicher Schaden am Eigentum entstanden ist (z. B. Polizeimeldung, Schadenmeldung des Gebäudeversicherers u. Ä.)
- sonstige Nachweise

3. Zusätzlich sind bei einem Reiseabbruch folgende Unterlagen einzureichen:

- Belege der Rückreisekosten
- Aufstellung des Reiseveranstalters über die nicht genutzte Reiseleistung und über den Zeitpunkt des Reiseabbruchs

D Angaben zu weiteren Versicherungen

Besteht für Sie oder einen anderen Reiseteilnehmer eine weitere Reise-Rücktrittskosten- oder Reiseabbruch-Versicherung?

Nein

Ja Wenn ja, bei welchem Unternehmen (Versicherungsunternehmen/Kreditkarteninstitut)?

Bitte Versicherungs- oder Kreditkartennummer angeben.

E Wichtige Hinweise für den Schadenfall und zu Ihrem Versicherungsschutz

Zu Ihrem Schadenfall brauchen wir Ihre Mithilfe.

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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 zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Machen Sie entgegen den vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege 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 Leistungen 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 bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. 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 verpflichtet.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Ort, Datum und Unterschrift

Ärztliche Bescheinigung

Union Reiseversicherung
Reiseservice
66087 Saarbrücken

Versicherungs-Nr.
 (falls vorhanden)

Falls Sie über eine Kredit-
 karte versichert sind:

Kreditkarten-Nr.

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

A Allgemeine Angaben

1. Zur erkrankten / verunfallten Person

Name/Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer	<input type="text"/>		
Länderkennung/PLZ	- <input type="text"/>	Wohnort	<input type="text"/>
Buchungsdatum	<input type="text"/>	Reisezeit von	<input type="text"/> bis <input type="text"/>

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Union Reiseversicherung die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Union Reiseversicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die Union Reiseversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke 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 Union Reiseversicherung AG übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Union Reiseversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Union Reiseversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die Union Reiseversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Union Reiseversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Union Reiseversicherung AG einwillige,
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann. Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Union Reiseversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Union Reiseversicherung konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 1.1. – Möglichkeit I).

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten

Ärztliche Bescheinigung

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

B Vom Arzt auszufüllen

1. Zur erkrankten/verunfallten Person

Name/Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer	<input type="text"/>		
Länderkennung/PLZ	- <input type="text"/>	Wohnort	<input type="text"/>
Buchungsdatum	<input type="text"/>	Reisezeit von	<input type="text"/> bis <input type="text"/>

2. Welche Krankheit oder Verletzung führte zur Reiseabsage (bitte mit Angabe des ICD10-Codes)?

Diagnose	<input type="text"/>	ICD10-Code	<input type="text"/>
----------	----------------------	------------	----------------------

3. Behandlungsverlauf

3.1. Wann erkrankte der Patient/die Patientin? Wann war der Unfall? Datum

3.2. Wann erfolgte die erste Behandlung der Beschwerden/Symptome, die zu dieser Diagnose führten? Datum

3.3. Wann haben deswegen bisher Behandlungen stattgefunden? (Bitte genaue Daten angeben.)

3.4. Haben in den letzten 6 Monaten vor Reisebuchung Behandlungen zu o. g. Diagnose stattgefunden? Nein Ja
Wenn ja, wann?

3.5. Bestanden zum Zeitpunkt der Reisebuchung Bedenken gegen den Antritt der Reise? Nein Ja
Wurden Sie vom Patienten danach gefragt? Nein Ja

3.6. Bestand zum Zeitpunkt der ersten Behandlung eine uneingeschränkte Reisefähigkeit? Nein Ja
War zu diesem Zeitpunkt mit einer völligen Wiedergenesung bis zum Reisezeitpunkt zu rechnen? Konnten Sie dies dem Patienten sicher zusagen?

4. Therapiemaßnahmen

4.1. Welche Medikation und Therapie/Maßnahmen haben Sie verordnet?

4.2. Welche Untersuchungen wurden an den jeweiligen Behandlungsdaten durchgeführt?

4.3. Fand eine stationäre Behandlung statt?
 Nein Ja Behandlungszeit von bis Bitte schicken Sie eine Kopie des Krankenhausentlassungsberichtes mit.

4.4. Bestand Arbeitsunfähigkeit?
 Nein Ja Arbeitsunfähigkeit von bis

4.5. Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt?
 Nein Ja Name und Adresse des Facharztes

Ärztliche Bescheinigung

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

5. Vorerkrankungen

5.1. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?

Nein Ja Wenn ja, bitte nennen Sie uns die Diagnose der Vorerkrankungen (bitte mit Angabe des ICD10-Codes):

Diagnose ICD10-Code

5.2. Hat sich die bestehende Erkrankung unerwartet verschlechtert?

Nein Ja Wenn ja, wann?

Wie hat sich dies geäußert (neue Diagnosen)?

6. Bei Rücktrittsgrund Schwangerschaft

6.1. Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?

Datum Schwangerschaftswoche

6.2. Wann sind Komplikationen aufgetreten?

Datum Welche?

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes