

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**

<input type="checkbox"/> Krankheit	Bitte lassen Sie den beigegefügten Fragebogen von dem behandelnden Arzt ausfüllen.
<input type="checkbox"/> Unfall	Bitte lassen Sie den beigegefügten Fragebogen von dem behandelnden Arzt ausfüllen.
<input type="checkbox"/> Todesfall	Bitte senden Sie uns die Sterbeurkunde in Kopie und teilen Sie uns das Verwandtschaftsverhältnis mit.
<input type="checkbox"/> Unerwartete Impfunverträglichkeit	Bitte senden Sie uns ein Attest des behandelnden Arztes.
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	Bitte senden Sie uns ein Attest des behandelnden Frauenarztes mit Feststellungsdatum der Schwangerschaft und Angabe der Schwangerschaftswoche.
<input type="checkbox"/> Verlust des Arbeitsplatzes	Bitte senden Sie uns die Kündigung und den Bewilligungsbescheid der Agentur für Arbeit.
<input type="checkbox"/> Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses	Bitte senden Sie uns die Bestätigung des Arbeitgebers und der Agentur für Arbeit.
<input type="checkbox"/> Arbeitsplatzwechsel	Bitte senden Sie uns die Bestätigung des Arbeitgebers.
<input type="checkbox"/> Unerwarteter Beginn des Bundesfreiwilligendienstes (BFD) oder des freiwilligen sozialen Jahres (FSJ)	Bitte senden Sie uns einen entsprechenden Nachweis.
<input type="checkbox"/> Prüfungswiederholung	Bitte senden Sie uns einen Nachweis über den Termin der nicht bestandenen Prüfung und den der Wiederholungsprüfung.
<input type="checkbox"/> Nichtversetzung/Ausscheiden aus dem Klassenverband	Bitte senden Sie uns den Nachweis über die Nichtversetzung und dem Ausscheiden aus dem Klassenverband.
<input type="checkbox"/> Bruch von Prothesen, bzw. unerwartete Lockerung von implantierten Gelenken	Bitte lassen Sie den beigegefügten Fragebogen von dem behandelnden Arzt ausfüllen.
<input type="checkbox"/> Einreichung der Scheidungsklage	Bitte senden Sie uns die gerichtliche Verfügung zur Scheidungsklage bzw. zum entsprechenden Antrag.
<input type="checkbox"/> Unerwartet schwere Erkrankung, schwerer Unfall oder Impfunverträglichkeit eines zur Reise angemeldeten Hundes	Bitte senden Sie uns ein Attest des behandelnden Tierarztes.
<input type="checkbox"/> Unerwartete gerichtliche Ladung	Bitte senden Sie uns die gerichtliche Ladung, sowie den Nachweis zur Ablehnung der Verschiebung des Termins.
<input type="checkbox"/> Konjunkturbedingte Kurzarbeit	Bitte senden Sie uns die Bestätigung des Arbeitgebers und der Agentur für Arbeit.
<input type="checkbox"/> Unerwarteter Termin zur Spende von Organen oder Geweben (z. B. Knochenmark)	Bitte senden Sie uns ein ärztliches Attest mit Terminbestätigung.

**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.

Versicherungsnummer

**An wen sollen eventuelle Versicherungsleistungen gezahlt werden?**

Name, Vorname des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name und Ort des Kreditinstituts

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

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder 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) Wenn nein, bitte Begründung

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

**Belege über Kosten (Storno-, Umbuchungs-, oder Mehrkosten)**

Hierzu sind im Original einzureichen: Belege, Rechnungen, ggf. Kreditkartenabrechnungen.

Beleg/Rechnung für	Kosten in EUR	Beleg beige-fügt? ja/nein	Diese Spalte freilassen