

Merkblatt zum Ausfüllen der Schadenanzeige für die Reiserücktrittskosten- und Reiseabbruch-Versicherung

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer,

leider konnten Sie Ihre Reise nicht wie geplant antreten bzw. zu Ende führen. Dies bedauern wir sehr. Um Ihre entstandenen Stornokosten bei uns einzureichen, bitten wir Sie um die Zusendung vollständiger Informationen, die unsere Schadensachbearbeiter zur ordnungsgemäßen und zügigen Bearbeitung Ihres Vorgangs benötigen.

Bitte füllen Sie die anhängende Schadenanzeige sorgfältig aus und fügen insbesondere auch die jeweils erforderlichen Belege bei. Hierdurch werden aufwendige Rückfragen vermieden und Ihr Schaden kann schneller abschließend bearbeitet werden.

Benötigte Dokumente zur Bearbeitung	
Kopie Ihres Versicherungsscheins	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kopie der Buchungsbestätigung inklusive der AGB und Stornierungsbedingungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Stornokostenrechnung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Abhängig vom auslösenden Versicherungsereignis bzw. dem Grund der Stornierung einzureichen sind:	
Bei Krankheit, Unfall, Schwangerschaft: ausführliches Attest mit Diagnose und Behandlungsdaten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei Stornierung einer Ferienwohnung: Nachweis über die Nichtweitervermietung des Objekts	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei Todesfall: Kopie der Sterbeurkunde und ggf. Nachweis der Erbenstellung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei Arbeitsaufnahme: Aufhebungsbescheid der Arbeitsagentur und Kopie des neuen Arbeitsvertrages	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei Kündigung: Kündigungsschreiben des Arbeitgebers mit Angabe des Kündigungsgrundes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei erheblichem Schaden am Eigentum: Nachweis, dass ein erheblicher Schaden am Eigentum entstanden ist (z.B. Polizeimeldung, Schadenmeldung des Gebäudeversicherers, u.ä.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zusätzlich sind bei einem Reiseabbruch folgende Unterlagen einzureichen:	
Originalbelege der Rückreisekosten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufstellung des Reiseveranstalters bzw. Vermieters über die nicht in Anspruch genommenen Reiseleistungen und über den Zeitpunkt des Abbruchs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei Krankheiten im Rahmen des Reiseabbruchs: Attest vom Arzt am Urlaubs- bzw. Unfallort	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Beachten Sie bitte: Am Ende des Formulars sind zwei Unterschriften zu leisten!

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

Bitte senden Sie alle Unterlagen an:

TAS Touristik Assekuranz-Service GmbH
Leistungsabteilung
Lurgiallee 16
60439 Frankfurt am Main



Schadenanzeige zur Meldung eines Versicherungsfalles

1. Allgemeine Angaben			
Versicherungsscheinnummer (10-stellig):			
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht:
Straße / Hausnr.:		PLZ:	Ort:
Telefonnummer:		E-Mail:	

1.1 Bitte tragen Sie alle Reiseteilnehmer ein			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis

2. Angaben zur stornierten, abgebrochenen oder umgebuchten Reise		
Reiseveranstalter:	Reiseziel:	Reisepreis:
Buchungsdatum:	Geplanter Reisebeginn:	Geplantes Reiseende:
Stornierung am:	Reiseabbruch am:	Verspäteter Reisebeginn am:

2.1 Warum wurde die Reise storniert oder abgebrochen?
<input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> sonstiges: _____

2.2 Stornierung der Reise

Bitte beachten Sie:

- ⇒ Die versicherte Person ist verpflichtet nach Eintritt des Versicherungsfalles die Reise unverzüglich zu stornieren.
- ⇒ Machen Sie bitte bei Linienflugstornierungen die Rückerstattung von Steuern und Gebühren (Tax) bei der Airline geltend.

Bitte geben Sie an, wann das Ereignis eingetreten ist, das zur Stornierung der Reise bzw. zum Reiseabbruch geführt hat (Datum):

Wenn die Reise nicht unverzüglich storniert wurde, geben Sie bitte die Begründung für die Verzögerung an.

2.3 Stornokosten

Die Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters beträgt:

Dies entspricht % des Reisepreises.

3. Bei Abbruch der Reise / verlängertem Aufenthalt

Aufstellung der durch den Reiseabbruch / verlängerten Aufenthalt zusätzlich entstandenen Rückreisekosten

Aufstellung der Mehrkosten / Nicht genutzten Reiseleistungen	Betrag in Euro
	Summe:

4. Angaben zum Versicherungsfall bzw. wer hat den Versicherungsfall ausgelöst?

Name, Vorname:

Reisteilnehmer Ja Nein

Wenn ein nicht mitreisender Angehöriger den Versicherungsfall ausgelöst hat, fügen Sie bitte einen Nachweis über das Verwandtschaftsverhältnis bei.

4.1 Bei Krankheit (eigene Angaben, nicht Angaben des Arztes)

Krankheitsbezeichnung:	Wann trat die Krankheit ein?
Wann wurde der Arzt aufgesucht?	Arbeitsunfähigkeit (von-bis):
Ambulante Behandlung (von-bis):	Stationäre Behandlung (von-bis):

4.2 Bei Unfall

Unfalltag:

Unfallort:

Unfallverursacher (falls fremdverschuldet)

Name:

Anschrift:

Schilderung des Unfallhergangs:

Art und Umfang der Verletzungen:

Haftpflichtversicherung + Versicherungsnummer des Verursachers:

5. Bankdaten des Leistungsempfängers

Kontoinhaber:

IBAN:

Kreditinstitut und Ort:

Swift / BIC-Code bei Auslandsüberweisung:

6. Angaben zu weiteren Versicherungen

Besteht für Sie oder für einen anderen Reiseteilnehmer eine weitere Reiserücktritts- bzw. Reiseabbruchversicherung (ggfs. über einen Automobilclub oder eine Kreditkarte)?

Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Versicherungsunternehmen bzw. bei welcher Bank? Bitte geben Sie die Versicherungs- oder Kreditkartennummer an.

Bestätigung wahrheitsgemäßer Angaben

Vorsätzlich falsche oder unwahre Angaben können den vollständigen Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig falsche oder unwahre Angaben eine – der Schwere Ihres Verschuldens entsprechende – Kürzung der Leistung zur Folge haben, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich.

Ort, Datum:

Unterschrift versicherte Person bzw. gesetzlicher Vertreter:

Sie möchten uns noch mehr mitteilen? Gerne!

--

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Touristik Assekuranz-Service GmbH (TAS) ist im Auftrag des Versicherers tätig. Um Ihre Gesundheitsdaten im Rahmen Ihres Leistungsfalls erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Einwilligung, um Ihre Gesundheitsdaten für die Prüfung von schweigepflichtigen Stellen (z.B. Ärzten) erheben zu dürfen. Wir benötigen Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach §203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten an externe Dienstleister weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungserklärungen sind für die Bearbeitung Ihres Leistungsfall es unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird eine abschließende Bearbeitung nicht möglich sein.

1. Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der personenbezogenen Daten und der Gesundheitsdaten
Ich willige ein, dass TAS die von mir für diesen Versicherungsfall mitgeteilten personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Leistungserbringung erforderlich ist.
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht
Wir benötigen zur Überprüfung der eingereichten Unterlagen Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns, sowie für Ärzte und sonstige Angehörige eines Heilberufs, falls im Rahmen der Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach §203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt vor Ort sowie meinen Hausarzt bzw. sonstige in diesem Fall involvierte Ärzte und Personenversicherer in Deutschland von der ärztlichen Schweigepflicht und erlaube ihm / ihnen, der TAS telefonische oder schriftliche Auskünfte über die Anamnese oder aktuelle Befunde zu geben.

Englische Schweigepflichtentbindung für Fälle im Ausland:

I hereby release my treating doctor on site and my family doctor from his/her medical confidentiality to inform the representative of TAS about the diagnosis or current findings.

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

3. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
Die TAS führt bestimmte Aufgaben, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle.

Im Rahmen der Leistungserbringung setzen wir u.a. folgende Gesellschaften ein:

- Krankenhäuser, Kliniken und Arztpraxen
- Krankentransporteure (medizinischer Rücktransport aus dem Ausland oder Verlegung vor Ort)
- Korrespondenten zur Organisation der Leistungen und Kostenübernahme vor Ort
- Reiseveranstalter

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

4. Ermächtigung zur Kommunikation mit weiteren Personen
Ich ermächtige die TAS mit folgenden Personen über meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zu dem vorgenannten Versicherungsfall zu kommunizieren.

Bitte benennen Sie Mitreisende oder Angehörige. Andernfalls dürfen wir keine Auskünfte zum Versicherungsfall erteilen.
Informationsberechtigte Personen:

- | | |
|----|----|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |

Mir ist bekannt, dass die Abgabe dieser Erklärung freiwillig ist und ich sie ohne Angabe von Gründen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die vorstehende Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Ort, Datum:	Unterschrift versicherte Person bzw. gesetzlicher Vertreter:
-------------	--

Erklärung für nicht ansprechbare Personen bzw. im Todesfall

Vorstehende Einwilligung erteile ich (Vor- und Nachname):

der/die:	(Verwandtschaftsgrad)	für:
----------	-----------------------	------

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------

Ärztliche Bescheinigung



TAS Touristik Assekuranz-Service GmbH
 Leistungsabteilung
 Lurgiallee 16
 60439 Frankfurt am Main

Nur vom behandelnden Arzt auszufüllen!			
Versicherungsscheinnummer:		Unser Aktenzeichen (falls bekannt):	
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht:
1. Um welche Krankheit handelt es sich? Bitte um Angabe der genauen Diagnose/n mit ICD-Code.			
2. Daten zur Erkrankung			
Wann erkrankte der Patient bzw. wann war der Unfall?	Wann wurde die Diagnose gestellt?	Wann wurde wegen der Beschwerden bzw. Symptome, die zu dieser Diagnose führten, erstmals ein Arzt aufgesucht?	
Wann haben deswegen bisher Behandlungen stattgefunden? (Bitte genaue Daten angeben.)			
3. Bestand zum Zeitpunkt der ersten Behandlung eine uneingeschränkte Reisefähigkeit?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Bestanden zum Zeitpunkt der Reisebuchung Bedenken gegen den Antritt der Reise?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie vom Patienten danach gefragt?		<input type="checkbox"/> Ja, am _____ <input type="checkbox"/> Nein	
War zum Zeitpunkt der Befragung mit einer völligen Wiedergenesung bis zum Reisezeitpunkt zu rechnen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, haben Sie dies dem Patienten sicher zugesagt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Welche Medikation und Therapie bzw. Maßnahmen haben Sie verordnet?			
5.1 Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?			
5.2 Fand eine stationäre Behandlung statt?		<input type="checkbox"/> Ja, (von-bis) _____ <input type="checkbox"/> Nein	
5.3 Bestand Arbeitsunfähigkeit?		<input type="checkbox"/> Ja, (von-bis) _____ <input type="checkbox"/> Nein	
5.4 Erfolgte eine Überweisung zum Facharzt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, geben Sie bitte Name und Adresse des Facharztes an:			
5.5 Ab wann war nach objektiver Beurteilung die Teilnahme an der Reise nicht mehr möglich?			Datum:

6. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die in Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, bitte nennen Sie uns die Diagnose(n) und den / die dazugehörigen ICD-Code(s).
6.1 Seit wann besteht/bestehen die genannte(n) Vorerkrankung(en)? Wann haben Behandlungen dieser Erkrankungen stattgefunden? Bitte geben Sie bei Verträgen mit VB TAS JV-2016 an, ob 6 Monate vor Versicherungsabschluss, bei allen anderen Bedingungenwerken 6 Monate vor Reisebuchung Behandlungen oder Medikationen erfolgt sind.
6.2 Hat sich die bestehende Vorerkrankung unerwartet verschlechtert? Wenn ja, wann? Wie hat sich dies geäußert?

Krankheit bzw. Unfall eines nicht an der Reise teilnehmenden Angehörigen			
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht:
Wann trat die Krankheit auf?	Verwandtschaftsverhältnis ➤ Bitte fügen Sie einen Nachweis über das Verwandtschaftsverhältnis bei.		
Krankheitsbezeichnung:			
Fand eine stationäre Behandlung statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja, bitte um Angabe der Dauer (von-bis):			
Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Wohlbefinden des Patienten angezeigt war? (Datum)			

Bei Rücktrittsgrund: Schwangerschaft	
Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?	In welcher Schwangerschaftswoche befand sich die Patientin?
Sind Komplikationen aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja, am _____ <input type="checkbox"/> Nein
Um welche Komplikationen handelt es sich?	

Ort:	Datum:	Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes:
------	--------	---