

Schadenmeldung

Schaden-Nr.

Annullierungskosten

HHD

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Sie haben Ihre Reise leider annullieren müssen. Damit wir schnell und unkompliziert eine Versicherungsleistung erbringen können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Angaben. Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige sorgfältig aus und legen Sie, soweit zutreffend, folgende Unterlagen bei.

- Reiseunterlagen (Annullierungs-Abrechnung und Buchungsbestätigung)
- Arztzeugnis / Todesschein / -anzeige
- Ärztliche Bescheinigung (ab einem Betrag von CHF 1000.- durch den behandelnden Arzt / die behandelnde Ärztin ausfüllen zu lassen)
- Kopie der Versicherungs-Police

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Fragen zum / zur Versicherungsnehmer / in (anspruchsberechtigte Person)

Name: _____

Vornamen: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse/Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon (tagsüber erreichbar): _____ E-Mail-Adresse: _____

Kontonummer (IBAN): _____ Bankleitzahl (BIC/SWIFT): _____

Fragen zu weiteren Versicherungsdeckungen

1. Sind Sie bei einer anderen Gesellschaft gegen Annullierungskosten versichert? ja nein

Gesellschaft: _____ Police Nr.: _____

Fragen zur geplanten Reise

2. Datum des Buchungsauftrages: _____

3. Datum der Annullierung: _____

4. Wie viele Personen haben gemeinsam gebucht? _____

5. Wie viele davon haben annulliert? _____

6. In welchem Verhältnis stehen die Reisetilnehmer zu einander? _____

Fragen zum Ereignis

7. unerwartete schwere Krankheit Unfall Todesfall andere: _____

Kurze Zusammenfassung des Falles: _____

Bestätigung und Vollmacht

ERV ist von der Leistungspflicht befreit, wenn die versicherte Person die ERV nach Eintritt des Versicherungsfalles arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

Ich ermächtige Ärzte, Krankenanstalten und Versicherungen aller Art der ERV alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und befreie die Genannten hiermit von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Ort und Datum _____ Unterschrift des Schadenverursachers oder des gesetzlichen Vertreters

Ort und Datum _____ Unterschrift des / der Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

Fragen zum Ereignis

1. Datum der Erstbehandlung im Zusammenhang mit diesem Ereignis: _____ Uhrzeit _____
2. Genaue Diagnose (keine Abkürzungen): _____

3. Wurden weitere Behandlungen oder Nachkontrollen angeordnet? ja nein
4. Wann erkrankte/verunfallte der/die Patient/in? _____ Datum: _____
5. Wurden diese Beschwerden zuvor bereits einmal/mehrfach behandelt? ja nein
Falls ja, in welchem Behandlungszeitraum? _____ Daten: _____
6. Anamnese: _____

7. Ist eine unvorhersehbare gravierende Verschlechterung eingetreten? ja nein
Wenn ja, wann? _____
8. War der/die Patient/in arbeitsunfähig? ja nein
Falls ja, von: _____ bis: _____
9. Fand eine stationäre Behandlung statt? ja nein
Wenn ja, von wann bis wann? (Bitte eine Kopie des Austrittberichtes mitsenden) _____
10. Erfolgte eine Operation? ja nein
Wenn ja, Datum der Operation: _____
11. Wann genau wurde der Operationstermin vereinbart? _____ Datum: _____

Fragen zur Reisefähigkeit

12. Bestanden zur Zeit der Reisebuchung ärztlicherseits Bedenken gegen den Antritt der Reise? ja nein
Begründung: _____

13. Wann war erstmalig erkennbar, dass die Reise wegen des Gesundheitszustandes nicht angetreten werden konnte?
Datum: _____
Aus welchem Grund? _____

14. Hat der/die Patient/in Sie über sein/ihr Reisevorhaben informiert? ja nein
Falls ja, wann? _____ Datum: _____
15. Ab wann hielten Sie den/die Patient/in wieder für reisefähig? _____ Datum: _____

Weitere Bemerkungen

