

WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG  
Bahnhofstraße 11  
97070 Würzburg

Vorgangsnummer:

### Schadenanzeige zur Reise-Rücktrittskosten-Versicherung

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrte 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.

#### Angaben zur Reise

Reiseveranstalter

Reisebüro

Beginn der Reise

Ende der Reise

Gebucht am

Storniert am (Stornorechnung im Original anfügen)

#### Welche Reiseteilnehmer stornieren die Reise? (Name, Anschrift, Geburtsdatum)

1.

2.

3.

4.

5.

#### Name und Anschrift der Person, die den Versicherungsfall ausgelöst hat

Sofern es sich nicht um einen Reiseteilnehmer handelt, geben Sie bitte auch das Verwandtschaftsverhältnis an.

#### Grund der Reisestornierung

- Krankheit  Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen von dem behandelnden Arzt ausfüllen.  
Unfall  Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen von dem behandelnden Arzt ausfüllen.  
Schwangerschaft  Bitte senden Sie uns ein Attest des behandelnden Frauenarztes zu.  
Impfunverträglichkeit  Bitte senden Sie uns ein Attest des behandelnden Arztes zu.  
Tod  Bitte senden Sie uns die Sterbeurkunde in Kopie und teilen Sie uns das Verwandtschaftsverhältnis mit.  
Verlust Arbeitsplatz  Bitte senden Sie uns die Kündigung und den Bewilligungsbescheid des Arbeitsamtes in Kopie.  
Aufnahme Arbeit  Bitte senden Sie uns den neuen Arbeitsvertrag und die Urlaubsbewilligung des Arbeitsamtes in Kopie.  
Einberufung  Bitte senden Sie uns den Einberufungsbescheid in Kopie und eine Bestätigung, dass Behörde Kosten nicht übernimmt.  
Prüfungswiederholung  Bitte senden Sie uns einen Nachweis über Termin der nicht bestandenen Prüfung und den Termin der Wiederholungsprüfung.  
Sonstige Gründe

Sollte der Versicherungsfall (z.B. Unfall) durch eine bestimmte Person verursacht worden sein, geben Sie bitte Namen und genaue Anschrift dieser Person an sowie bei Verkehrsunfällen ggf. Tagebuch-Nr. und Polizeidienststelle.

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 den Schadenunterlagen bei und geben Sie bitte nachstehend noch Name und Anschrift Ihres Arbeitgebers an.

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

(Name, Anschrift, Telefon-Nr., Bankleitzahl und Kontonummer bei Überweisung)

#### Wichtige Hinweise:

Ich versichere ausdrücklich, alle Fragen und Antworten wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet zu haben. Ich nehme zur Kenntnis, dass unrichtige und unvollständige Angaben, die bewusst (vorsätzlich) gemacht werden, zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch die Würzburger Versicherungs-AG keinen Nachteil erleidet.

Bitte schicken Sie uns das Formular unverzüglich zurück, damit Ihnen durch Verzögerungen keine Nachteile entstehen und Ihr Versicherungsschutz nicht gefährdet wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers/Versicherten

WÜRZBURGER VERSICHERUNGS-AG  
Bahnhofstraße 11  
97070 Würzburg

Vorgangsnummer:

### 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 Reise-Rücktrittskosten-Versicherung beurteilen können.

Name

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort des Patienten

#### 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 auch unbedingt 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 (Datum) 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 (Datum) 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

Um eine unkomplizierte und schnelle Bearbeitung gewährleisten zu können, senden Sie uns bitte zu dem Leistungsfall die Originalbelege (Rechnungen usw.) mit ergänzenden Angaben wie:

- Versicherungsnummer oder Kopie Ihres Versicherungsscheines

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie nach Kenntnis vom Eintritt des Versicherungsfalles diesen unverzüglich schriftlich oder mündlich anzeigen müssen. Sie haben jede Auskunft zu erteilen bzw. Unterlagen einzureichen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder zum Umfang unserer Leistungspflicht erforderlich sind. Nach Möglichkeit haben Sie für Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und, soweit für Sie zumutbar, unsere Weisungen einzuholen und zu befolgen. Sollten Sie eine dieser Obliegenheiten verletzen, so sind wir nach Maßgabe des § 28 VVG vollständig oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Bei Rückfragen hierzu können Sie gerne Kontakt per Mail mit uns aufnehmen:  
[leistungsabteilung@travelsecure.de](mailto:leistungsabteilung@travelsecure.de)