

Schadensmeldung

zur Reiserücktritt- und Reiseabbruchversicherung

Hanseatic Bank GmbH & Co KG
c/o AXA Assistance Deutschland GmbH
Colonia Allee 10–20, 51067 Köln
Telefon 0221 802 471 117
Telefax 0221 802 471 773
E-Mail: hanseaticbank@axa-assistance.de

Aktenzeichen

Hanseatic Bank

AXA Assistance

Bitte beantworten Sie alle Fragen im **Teil 1, 2 und 3** in dieser Schadensanzeige. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass fehlende Angaben dazu führen können, dass wir Ihnen das Formular erneut zusenden und sich dadurch die Bearbeitung Ihres Schadenfalls verzögert.

Teil 1 – Persönliche Angaben – Erforderlich für alle Schadenmeldungen

Angaben zum Antragsteller

→ _____

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon tagsüber

E-Mail-Adresse

Name des Karteninhabers

Angaben für eventuelle Erstattung

Kontoinhaber

IBAN

Kreditinstitut

4152 99XX XXXX _____

Kartennummer **Bitte nur die letzten 4 Ziffern eintragen!**

Informationen zur Reise

Details

Reisebuchungsdatum

Anreisedatum

Rückreisedatum

Art und Höhe der Forderung

Versicherungsleistung in €

Stornierung / Reiseabbruch

geforderter Betrag in €

Hanseatic Bank

Angaben zur Versicherung

Verfügen Sie über eine weitere Versicherung, die diesen Schaden abdeckt? Ja Nein

Falls ja, dann machen Sie bitte die **folgenden Angaben zu dieser Versicherung**:

Name, Vorname

Anschrift

Versicherungsnummer

Haben Sie den Schaden bei dieser Versicherung geltend gemacht? Ja Nein

Falls ja, in welcher Höhe wurde Ihnen eine Erstattung gewährt?

Betrag in €

Besteht eine Versicherung über weitere Kreditkarten? Ja Nein Falls ja,

Name der Kreditkarte

4152 99XX XXXX

Kartenummer

Bitte nur die letzten 4 Ziffern eintragen!

Name der Versicherung

Anschrift der Versicherung

1. Ich/wir bestätige/n, dass alle Informationen und Dokumente, die im Zusammenhang mit dieser Schadensmeldung stehen, der Wahrheit entsprechen und nach bestem Wissen und Gewissen gegeben bzw. übermittelt wurden. Ich/wir habe/n keine Informationen zurückgehalten, die für eine Beurteilung dieser Schadensmeldung relevant sein könnten.

Ich bestätige ebenfalls, dass ich verstanden habe, dass weder AXA Assistance Deutschland GmbH noch der Versicherer die Verantwortung für Zahlungen trägt, die den beteiligten Personen nicht im richtigen Verhältnis zugeordnet worden sind.

2. Ich/wir habe/n verstanden, dass die Informationen in diesem Formular an AXA Assistance Deutschland GmbH übermittelt und von dieser im Rahmen meiner/unserer Versicherung genutzt werden. Diese Nutzung beinhaltet die Prüfung, Abwicklung und Abwendung von Betrugsversuchen und kann auch die Weitergabe von Daten an Mittelspersonen oder andere Versicherer bedeuten.

3. Ich/wir gebe/n AXA Assistance Deutschland GmbH mein/unser Einverständnis, ggf. Regressforderungen an meine/unsere Hausratversicherung, Krankenversicherung oder andere Versicherer zu stellen.

Ich habe die obige Erklärung gelesen und verstanden (alle Personen, die Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen möchten, müssen unterzeichnen):



Nachname, Vorname des Antragstellers

Ort, Datum

Unterschrift

Teil 2 – Stornierung / Reiseabbruch

Grund der Stornierung / des Reiseabbruchs:

- Krankheit Verletzung Tod Reisewarnung

Bitte schicken Sie uns die Unterlagen im Original, bewahren Sie jedoch Kopien auf.

Benötigte Nachweise / Unterlagen und Angaben

- a – Buchungsbestätigung der Reisebuchung
- b – Eine ärztliche Bescheinigung mit Diagnose (ICD-Code), ausgefüllt und unterzeichnet vom behandelnden Arzt der Person, welche den Schadenfall ausgelöst hat.
- c – Sofern die Stornierung / der Reiseabbruch aufgrund eines Todesfalls erfolgt, benötigen wir eine Kopie der Sterbeurkunde.
- d – Sofern die Schadenmeldung aufgrund eines Unfalls erfolgt, benötigen wir eine vollständige Beschreibung des Unfallhergangs. Sollten Dritte an dem Vorfall beteiligt gewesen sein, benötigen wir deren persönliche Angaben (Name und Anschrift) sowie, soweit vorhanden, Abgaben zu deren Versicherung.

e – Nachweis Kartenzahlung (Zahlungsbeleg*).

*Achtung: Wir weisen Sie darauf hin, dass wir nur Zahlungsbelege zur Prüfung heranziehen können, aus denen NICHT die vollständigen Kreditkartendaten hervorgehen. Bitte schwärzen Sie ggf. die Kreditkartennummer und achten Sie darauf, dass **nur die letzten 4 Ziffern** der Kreditkarte (Beispiel: 4152 99XX XXXX 1 2 3 4) **sichtbar** sind.

f – Stornierungsrechnung

1 – Wann wurde Ihnen bewusst, dass die Reise storniert / abgebrochen werden muss?

_____ Datum

_____ Zeit

2 – Sollte die Stornierung / der Reisabbruch wegen einer Person erfolgt sein, die keine Reise gebucht hatte, machen Sie bitte folgende Angaben.

_____ Name dieser Person

_____ Ihre Beziehung zu dieser Person

3 – Im Fall eines Reiseabbruchs geben Sie bitte an, wie viele Tage Sie ursprünglich gebucht hatten und wie viele Tage Sie davon nicht in Anspruch nehmen konnten.

_____ Ursprünglich gebuchte Tage

_____ Nicht in Anspruch genommene Tage

4 – Geforderter Erstattungsbetrag

_____ Betrag in €

5 – Namen und Geburtsdaten aller stornierenden / abbrechenden ReisetTeilnehmer

_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum

6 – Bitte geben Sie die Gründe für die Stornierung / den Reiseabbruch an

7 – Die ärztliche Bescheinigung im Teil 3 dieses Formulars muss vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden nachdem Teil 1 und 2 vom Antragsteller ausgefüllt wurden. Da AXA Assistance eventuell weitere Informationen benötigt, ist es wichtig, dass der Antragsteller die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht unterschreibt.

Ich entbinde hiermit meinen behandelnden Arzt von der Schweigepflicht gegenüber AXA Assistance Deutschland GmbH, bezogen auf diesen Schadensantrag.



Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Teil 3 – Ärztliche Bescheinigung – Diese Bescheinigung muss vom behandelnden Arzt des Antragstellers ausgefüllt werden.

Wie lange ist der vorgenannte Patient schon in Ihrer Behandlung?

Zeitraum

Genaue Diagnose (inkl. ICD-Code)

Wann wurde die Diagnose erstmals gestellt?

Datum

Wann wurde aufgrund dieser Beschwerden erstmals ein Arzt aufgesucht?

Datum

Hat sich der Zustand des Patienten verschlechtert? Ja Nein Falls ja,

wann

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung der Behandlungen, Untersuchung, und eventuellen Weiterleitung an einen Facharzt, oder einer stationären Behandlung, bezüglich der oben angegebenen Erkrankung/en, insbesondere vor Reise- und Versicherungsbuchung (siehe **Teil 1 – Informationen zur Reise**).

Hat der oben genannte Patient schon einmal an dieser oder einer ähnlichen Erkrankung gelitten?

genaue Angaben

An welchen dieser Daten erfolgte die Behandlung wegen einer Verschlechterung der bestehenden Erkrankung?

Datum

verschriebene Medikamente

Datum

verschriebene Medikamente

Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt oder an ein Krankenhaus? Ja Nein Falls ja,

wann

Hat der Patient zum Zeitpunkt der Reise- oder Versicherungsbuchung unter einer Verschlechterung der Vorerkrankung gelitten? (siehe **Teil 1 – Informationen zur Reise**). Ja Nein Falls ja,

wann

Haben Sie dem Patienten geraten nicht zu reisen? Ja Nein Falls ja,

wann



Ort, Datum

Unterschrift, Firmenstempel