



BD24 Berlin Direkt Versicherung AG

Wrangelstr. 100
 10997 Berlin

Oder einfach per E-Mail an:

schaden@berlin-direktversicherung.de

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers:	
Vorname:	
Nachname:	
Straße:	Haus-Nr.:
PLZ:	Wohnort:
Telefonnummer:	
E-Mailadresse:	
VERSICHERUNGSNUMMER: _____	

SCHADENANZEIGE ZUR REISE-SEMINARVERSICHERUNG

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,
 bitte füllen Sie alle Felder vollständig und gut lesbar aus. Beachten Sie bitte, dass Sie durch falsche oder unvollständige Angaben Ihren Versicherungsschutz verlieren können (lesen Sie hierzu auch den Abschnitt „Hinweis über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall“, auf Seite 4).

Angaben zur Reise:

- Seminaranbieter: _____
- Reiseziel: _____
- _____
- Gebucht am: _____
- Storniert am: _____
- Beginn der Reise: _____
- Ende der Reise: _____

Für welche Reiseteilnehmer wurde die Reise storniert?

- Person 1 _____
(Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)
- Person 2 _____
(Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)
- Person 3 _____
(Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)
- Person 4 _____
(Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

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

(Bitte geben Sie auch das Verwandtschaftsverhältnis an.)



Kosten der Stornierung / Stornokosten der mit dem Seminar verbundenen Reiseleistungen:

- Stornokosten des Seminars: _____ EUR
 diese entsprechen _____ % vom Seminarpreis.
- Stornokosten der Reiseleistungen: _____ EUR
- Stornokosten Gesamt: _____ EUR

Grund der Stornierung:

- **Krankheit**
- **Unfall**
- **Schwangerschaft**
- **Impfunverträglichkeit**
- **Arbeitslosigkeit aufgrund betriebsbedingter Kündigung**
- **Arbeitsplatzwechsel bzw. Wiederaufnahme eines Arbeitsverhältnisses**
- **Tod**
- **Panne oder Unfall Ihres Kraftfahrzeugs**
- **Absage Seminar durch den Veranstalter**
- **Sonstige Gründe:** _____

Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen vom behandelten Arzt ausfüllen.

Bitte senden Sie uns ein ausführliches Attest des behandelnden Arztes bzw. des Frauenarztes zu.

Bitte senden Sie uns das Kündigungsschreiben Ihres Arbeitgebers und die Bestätigung der Arbeitsagentur zu.

Bitte senden Sie uns die Kündigungsbestätigung des alten Arbeitgebers bzw. den Aufhebungsbescheid der Arbeitsagentur und den neuen Arbeitsvertrag.

Bitte senden Sie uns die Sterbeurkunde in Kopie und teilen Sie uns das Verwandtschaftsverhältnis mit.

Bitte Beleg einer Assistancegesellschaft (z.B. ADAC) oder der Polizei beifügen

Bitte Nachweis beifügen

Ist der Versicherungsfall (z.B. Unfall) durch eine fremde Person verursacht worden?

Nein Ja

Wenn ja, geben Sie bitte Namen und genaue Anschrift dieser Person an, sowie ggf. Tagebuch-Nr. und Polizeidienststelle:

Wann ist der Versicherungsfall eingetreten? _____

Bei Krankheit:

Lag eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor? Nein Ja

Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung den Schadenunterlagen bei und geben Sie bitte den Namen und die Anschrift des Arbeitgebers an:



Besteht ggf. eine weitere Versicherung?

Besteht für Sie anderweitig Versicherungsschutz für einen Reise-Rücktritt, z. B. bei einer anderen Versicherungsgesellschaft, über eine Kreditkarte (MasterCard, VISA, American Express) oder über eine Mitgliedschaft (ADAC, BAVC)?

Nein Ja

Falls ja, nennen Sie uns bitte die Versicherungsnummer / Mitgliedsnummer / Kreditkartennummer und den Namen des Kreditkarteninstitutes bzw. des Vereines.

Wurde der Schadenfall ggf. dort gemeldet? Nein Ja

Erstattungskonto:

Kostenerstattungen überweisen wir ausschließlich auf das Konto des Versicherungsnehmers.

IBAN:

BIC:

Bankname:

Kontoinhaber:

Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zu, damit wir den Schadenfall für Sie bearbeiten können:

- Seminar-Buchungsbestätigung
- Stornobedingungen des Seminaranbieters
- Stornokostenrechnung Seminar
- Stornokostenrechnung Reisekosten



Hinweis über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall:

Vers.-Nr.: _____ Schaden-Nr.: _____

Belehrung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege/Dokumente zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege/Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten 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, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten verpflichtet.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter

Schlusserklärungen:

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die vorstehenden Hinweise gemäß § 28, Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles habe ich zur Kenntnis genommen.

Des Weiteren trete ich meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher/Haftpflichtigen bzw. gegen meine gesetzliche Krankenkasse/private Krankenversicherung in Höhe der von der BD24 Berlin Direkt Versicherung AG gezahlten Leistungen an die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG ab.

Ort: _____ Datum: _____

BD 0692_601V10



Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten, Schweigepflichtentbindungserklärung und ärztliche Bescheinigung

Vers.-Nr.: _____ Schaden-Nr.: _____

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG

Ich willige ein, dass die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG die von mir in diesem Leistungsantrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung, Leistungsprüfung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Einzelfalleinwilligung zur Prüfung der Leistungspflicht (Schweigepflichtentbindung)

Sofern Sie nicht selber erkrankt oder verunfallt sind, lassen Sie die Erklärung bitte von der Person unterzeichnen, deren Gesundheitsdaten erhoben bzw. verwendet werden sollen (versicherte Person oder Risikoperson, z. B. Eltern, Kinder, Großeltern etc.). Die Erklärung stellt keine generelle Entbindung von der Schweigepflicht dar, sondern erstreckt sich nur auf Auskünfte über die Erkrankungen, welche im Zusammenhang mit der Reisesstornierung stehen. Sie bzw. die Person, über die gesundheitsbezogene Daten erhoben werden sollen, haben die Möglichkeit, die Abgabe der nachfolgenden Erklärungen zu verweigern. In diesem Falle ruht eine etwaige Leistungspflicht der BD24 Berlin Direkt Versicherung AG mindestens bis zu dem Zeitpunkt, in welcher ihr die Möglichkeit zur Leistungsprüfung wieder möglich gemacht wird.

Ich willige ein, dass die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG – soweit dies für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei

Name: _____
 Adresse: _____
 Name: _____
 Adresse: _____
 Name: _____
 Adresse: _____

erhebt und zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht verwendet.

Ich befreie die oben genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und stimme zu, dass meine zulässigerweise dort gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen und Daten aus Versicherungsanträgen und -verträgen anderer Versicherungsunternehmen an die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG übermittelt werden dürfen.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG benötigt hierzu Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG tätigen Personen



und die Gutachter von Ihrer Schweigepflicht.

4. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen

Die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. den Notruf-Service oder die telefonische Kundenberatung, bei denen es zur Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die derzeitige Liste kann im Internet unter www.berlin-direktversicherung.com/datenschutz eingesehen oder schriftlich angefordert werden.

Ich willige ein, dass die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wie die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der BD24 Berlin Direkt Versicherung AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

5. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können Sie kontrollieren, ob die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG den Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift der Person oder ggf. des gesetzlichen Vertreters

Schlusserklärungen

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die vorstehenden Hinweise gemäß § 28, Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles habe ich zur Kenntnis genommen.

Des Weiteren trete ich meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher/Haftpflichtigen bzw. gegen meine gesetzliche Krankenkasse/private Krankenversicherung in Höhe der von der BD24 Berlin Direkt Versicherung AG gezahlten Leistungen an die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG ab.

Ort: _____ Datum: _____

BD 0692_601V10



Ärztliche Bescheinigung:

Vers.-Nr.: Schaden-Nr.:

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,
 wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen im Interesse Ihrer Patientin/Ihres Patienten vollständig in Druckschrift zu beantworten, damit wir die Leistungspflicht aus der Reise-Rücktrittskosten-Versicherung beurteilen können. (Sollte der Platz nicht ausreichen, bitten wir um Ergänzungen auf einem gesonderten Blatt.)

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

1. a) Genaue Diagnose mit **ICD-Code** der/des zur Reisetornierung führenden Krankheit/Unfalles:
- b) Vorgeschichte/Gesamtanamnese hierzu (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 ggf. Arbeitsunfähigkeit (AU)? Nein Ja, vom bis
- Wenn Ja, bitte eine Kopie der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung beifügen!
- b) Wenn Nein, bitte Begründung:
5. Vollstationäre Behandlung? Nein Ja, vom bis
- Wenn Ja, bitte unbedingt den Entlassungsbericht und den Aufnahmebefund beifügen!
6. Welche Therapiemaßnahmen wurden eingeleitet? Bitte auch die verschriebenen Medikamente angeben!

7. a) Wann erfolgten wegen dieser Erkrankung im Einzelnen Behandlungen seit Diagnosestellung (bitte mit Datumsangaben)?

- 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 letzten Jahren im Einzelnen Behandlungen zu der/den oben angegebenen Erkrankung/en? Bitte mit detaillierten Datumsangaben! (Bitte hierzu ggf. ein Extrablatt verwenden)

- c) An welchen der Daten erfolgte die Behandlung aufgrund einer Verschlechterung der bestehenden Erkrankung?

9. a) Wurden Sie **vor** der Reisebuchung am (Datum) nach der Reisefähigkeit gefragt?
 Nein Ja, erstmals am
- b) Wenn Ja, was wurde dem/der Patient/in bzw. den Angehörigen geraten bzw. worauf wurde hingewiesen?

- c) Inwiefern konnte zu diesem Zeitpunkt mit der Reisefähigkeit gerechnet werden?

10. Wurden Sie nach der Reisebuchung (Datum siehe unter Punkt 9. a) nach der Reisefähigkeit gefragt?
 Nein Ja, erstmals am letztmalig am
11. Wann haben Sie vom Antritt der Reise abgeraten? Datum:
- Begründung:
12. Erfolgte ggf. eine Überweisung an einen Facharzt? Nein Ja, am

Bitte den Namen und die Anschrift des Arztes hier angeben!

.....
 Stempel und Unterschrift des Arztes

.....
 Ort / Datum

Seite 7