

Sehr geehrter Kunde,  
Sie haben leider Ihre Reise stornieren müssen. Zur zügigen Bearbeitung Ihres Schadenfalles benötigen wir im Namen des zuständigen Versicherers von Ihnen noch einige wichtige Angaben. Wir bitten Sie daher das vorliegende Formular auszufüllen, zu unterschreiben und schnellstmöglich an uns zurück zu senden. Vielen Dank!

**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_ (bitte immer angeben)

**1. Versicherungsnehmer:**

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Firma
Name:			
Vorname:			
Anschrift:	Straße:	PLZ:	Ort:
E-Mail- Adresse:			
Telefon:			
Telefon (mobil):			

**2. Angaben zur Reise:**

Reiseveranstalter:	
Reiseziel:	
Reisebüro:	
Gebucht am:	
Storniert am:	
Reisebeginn:	
Reiseende:	
Anzahl der Mitreisenden:	
Reisepreis (insgesamt):	€

**3. für welche Reiseteilnehmer wurde die Reise storniert:**

3.1.Name:			
3.1.Vorname:			
3.1. Geburtsdatum:			
3.1. Anschrift:	Straße:	PLZ:	Ort:
3.1. Telefon:	Festnetz:	Mobil:	
3.2.Name:			
3.2.Vorname:			
3.2. Geburtsdatum:			
3.2. Anschrift:	Straße:	PLZ:	Ort:
3.2. Telefon:	Festnetz:	Mobil:	
3.3.Name:			
3.3.Vorname:			
3.3. Geburtsdatum:			
3.3. Anschrift:	Straße:	PLZ:	Ort:
3.3. Telefon:	Festnetz:	Mobil:	
3.4.Name:			
3.4.Vorname:			
3.4. Geburtsdatum:			
3.4. Anschrift:	Straße:	PLZ:	Ort:
3.4. Telefon:	Festnetz:	Mobil:	

**4. Angaben zur Person, die den Reiserücktritt ausgelöst hat:**

4.1.Name:			
4.1.Vorname:			
4.1. Geburtsdatum:			
4.1. Anschrift:	Straße:	PLZ:	Ort:
4.1. Telefon:	Festnetz:	Mobil:	
4.1. Verwandtschaft:	zu Reiseteilnehmer:	Art des Verhältnisses:	
4.2.Name:			
4.2.Vorname:			
4.2. Geburtsdatum:			
4.2. Anschrift:	Straße:	PLZ:	Ort:
4.2. Telefon:	Festnetz:	Mobil:	
4.2. Verwandtschaft:	zu Reiseteilnehmer:	Art des Verhältnisses:	

**5. Grund der Stornierung**

5.1. Krankheit	<input type="checkbox"/>	Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen vom behandelnden Arzt ausfüllen
5.1.1. lag eine Arbeitsunfähigkeit wegen der Krankheit vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ (bitte Kopie der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beifügen)
5.2. Unfall	<input type="checkbox"/>	Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen vom behandelnden Arzt ausfüllen
5.3. Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	Bitte senden Sie ein Attest des behandelnden Arztes bzw. Frauenarztes zu
5.4. Impfunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	Bitte senden Sie eine ärztliche Bestätigung zu
5.5. Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>	Bitte senden Sie uns eine Kopie des Kündigungsschreibens
5.6. Tod	<input type="checkbox"/>	Bitte senden Sie uns eine Kopie der Sterbeurkunde und teilen Sie uns das Verwandtschaftsverhältnis mit
5.7. Sonstige Gründe		
5.8. der Versicherungsfall trat ein		am:

**6. Kosten der Stornierung/Umbuchung etc. Bitte beachten Sie, dass je nach Produkt ein Selbstbehalt vereinbart sein kann.**

Stornokosten bzw. entst. Kosten	EUR	Dies entspricht	% vom Reisepreis
Stornokosten bzw. entst. Kosten	EUR	Dies entspricht	% vom Reisepreis
Stornokosten bzw. entst. Kosten	EUR	Dies entspricht	% vom Reisepreis

**7. Reiseabbruch (sofern im abgeschlossenen Tarif enthalten). (Bitte beachten Sie, dass je nach Produkt ein Selbstbehalt vereinbart sein kann.)**

7.1. Die Reise wurde abgebrochen	Datum	Uhrzeit
7.2. Die Reise wurde aus folgendem Grund abgebrochen		
7.3. Durch den Reiseabbruch sind folgende Kosten zusätzlich entstanden	(Bitte Originalbelege beifügen)	

**8. Ergänzende Angaben**

8.1. Der Rücktritt wurde durch einen Dritten verursacht (z.B. bei fremdverschuldetem Verkehrsunfall)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, Name  Anschrift  des Verursachers
8.1.1. falls Frage 8.1. bejaht wurde, Ansprüche wurden bereits angemeldet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ansprüche wurden nicht angemeldet da,
8.2. Besteht für Sie anderweitiger Versicherungsschutz für einen Reise Rücktritt (z.B. anderer Versicherer, über eine Kreditkarte oder eine Mitgliedschaft)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls ja nennen Sie uns bitte Namen und Versicherungs- / Mitglieds- / Kreditkartennummer
8.2.1. falls Frage 8.2. bejaht wurde, wurde dort bereits Ansprüche angemeldet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ansprüche wurden nicht angemeldet da,

**Wichtige Hinweise über die Folgen der Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall:**

**Belehrung nach § 28 IV Versicherungsvertragsgesetz (VVG)**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheit**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen kann der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie ihm jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs seiner Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit) und ihm die sachgerechte Prüfung seiner Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie ihm alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit).

Der Versicherer kann ebenfalls verlangen, dass Sie ihm 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 dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, vorsätzlich die verlangten Belege / Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber der Versicherer kann seine 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 bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen / Dokumenten arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von seiner Verpflichtung zur Leistung frei.

**Ende der Belehrung**

**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 verpflichtet.

**Schlusserklärungen**

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

Ich nehme zu Kenntnis, dass ich für die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben auch dann verantwortlich bin, wenn ich dieses Formular nicht eigenhändig ausgefüllt habe.

Ich trete meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher / Haftpflichtigen in Höhe der von dem Deckungsschutz gewährenden Versicherer erbrachten Leistungen an diesen ab.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Versicherungsnehmer)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift versicherte Person oder deren gesetzlichen Vertreter)

## **Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung von personenbezogenen Daten und von Gesundheitsdaten**

### **1. Erhebung, Speicherung und Nutzung sowie Weitergabe von personenbezogenen Daten**

Ich willige ein, dass der Deckungsschutz gewährende Versicherer (im Folgenden Versicherer genannt) und bearbeitende Care Concept AG (im Folgenden Care Concept genannt) meine personenbezogenen Daten erheben, speichern nutzen und gegenseitig übermitteln dürfen, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung der Versicherungsverträge einschließlich zur Provisionsabrechnung erforderlich ist.

### **2. Erhebung, Speicherung und Nutzung von Gesundheitsdaten**

Um auch Ihre Gesundheitsdaten für diesen Leistungsantrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen der Versicherer und die Care Concept Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen und Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu können und um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten – soweit erforderlich – an andere Stellen weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Ich willige ein, dass der Versicherer und die Care Concept die von mir in dieser Schadenmeldung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erheben, speichern nutzen und gegenseitig übermitteln, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### **3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb des Versicherers**

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### **3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Wenn es für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht notwendig ist, medizinische Gutachter einzuschalten, benötigen der Versicherer und die Care Concept Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer bzw. die bearbeitende Care Concept meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den zuständigen Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den zuständigen Versicherer und die Care Concept tätigen Personen sowie die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

#### **3.2 Datenweitergabe bei Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen**

Der Versicherer und die Care Concept führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung, die telefonische Kundenbetreuung oder den Notruf-Service, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen der Deckungsschutz gewährende Versicherer und die Care Concept Ihre Schweigepflichtentbindung für diese Stellen.

Ich willige ein, dass der Versicherer und die Care Concept meine Gesundheitsdaten an die

- Roland Assistance GmbH, Köln

übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer und die Care Concept dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Versicherers und der Care Concept sowie sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, weil sich zwischenzeitlich Änderungen ergeben haben können. Eine aktuelle Liste können Sie schriftlich bei der Care Concept anfordern.

#### **3.3. Datenweitergabe an Rückversicherer**

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, schalten der Versicherer und die Care Concept Rückversicherungen ein, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen sowie der Rückversicherungsabrechnung, aber auch zur Beurteilung des Risikos oder eines Versicherungsfalles können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch den Versicherer und die Care Concept 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 den Versicherer und für die Care Concept tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Anspruchstellers oder seines gesetzlichen Vertreters)

**Ärztliche Bescheinigung**

Unser Aktenzeichen: \_\_\_\_\_ (bitte immer angeben)

Zuständiger Versicherer: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ (bitte immer angeben)

Sehr geehrte/r Frau/Herr Doktor,  
damit wir die uns im Rahmen einer Reise-Rücktrittskosten-Versicherung angemeldeten Ansprüche sachgerecht beurteilen können, benötigen wir noch einige Informationen. Wir bitten Sie daher, die nachfolgenden Fragen vollständig in Druckschrift zu beantworten. Sollte der Platz nicht ausreichen, so bitten wir um Ergänzung auf einem gesonderten Blatt.

**1. Patient:**

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum:
Name, Vorname:		
Anschrift:	Straße:	PLZ: Ort:

**2. Angaben zum Stornierungsgrund**

2.1. Genaue Diagnose der / des zur Reiserücktrittsversicherung führenden Krankheit bzw. Unfallfolge (bitte ICD Code angeben)	ICD Code:	Genaue Diagnose:
2.2. Vorgeschichte / Gesamtanamnese		
2.3. Datum der Erstdiagnose / des Unfalls	Datum der Erstdiagnose:	Ggf. Datum des Unfalls:
2.4. Arbeitsunfähigkeit wurde bescheinigt (Bitte Kopie der AU-Bescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> nein, da	<input type="checkbox"/> ja, von bis
2.5. stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von bis (Bitte Aufnahmebefund und Entlassbericht in Kopie beifügen)
2.6. eingeleitete Therapiemaßnahmen / Medikamente	Therapiemaßnahmen:	Medikamente:
2.6. Behandlungen wegen dieser Erkrankung	Durchgeführte Behandlungen, Untersuchungen:	Daten der Behandlungen, Untersuchungen:
2.7. Bestand die Erkrankung bereits seit längerem	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit dem
2.8. Wann erfolgten innerhalb der letzten 3 Jahre Behandlungen zu der genannten Erkrankung	Behandlungsdaten:	Daten der Behandlung wegen Verschlechterung der Grunderkrankung:
2.9. eine Überweisung an den Facharzt erfolgte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am an: Name Anschrift:

**3. Sonstiges:**

3.1. Wurden Sie vor der Reisebuchung nach der Reisefähigkeit gefragt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am
3.2. wurden Sie nach der Reisebuchung nach der Reisefähigkeit gefragt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, erstmals am letztmals am
3.3. soweit Frage 3.1. bzw. 3.2. bejaht wurde, wurde dem Patienten/den Angehörigen wurde folgender Rat/Hinweis erteilt		
3.4. vom Reiseantritt wurde abgeraten	<input type="checkbox"/> nein, da	<input type="checkbox"/> ja, am

Ort; Datum

Stempel und Unterschrift