

Schadenservice  
 c/o BGIC Bertil Grimme Insurance Claims GmbH  
 Gänsemarkt 35  
 20354 Hamburg

Telefon 0 40 – 30 37 60-0  
 Fax 0 40 – 30 37 60-20  
 E-Mail ReiseSchutz@BGIC.de

## Schadenanzeige zur Reiserücktritt-Versicherung und Reiseabbruch-Versicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben leider Ihre Reise stornieren, abbrechen oder unterbrechen müssen. Zur zügigen Bearbeitung Ihres Schadenfalls benötigen wir von Ihnen wichtige Angaben. Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige genau und vollständig aus. Vielen Dank für Ihre Mühe!

### 1. Angaben zu den Reisteteilnehmern

Name, Vorname	
Straße	PLZ/Ort
Telefon privat	Telefon geschäftlich
Geburtsdatum	E-Mail
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum

### 2. Angaben zur Reise

Reiseveranstalter	Reiseziel
Reisebüro/Buchungsstelle	
Buchung am	Stornierung am
Reisezeit von	bis
Reiseunterbrechung von	bis Reiseabbruch am
Name, Vorname	Geburtsdatum

### Vereinbarter Versicherungsschutz - Gebeco

Premiumschutz       Reiserücktritt

### 3. Angaben zum Versicherungsfall

Wann ist der Versicherungsfall eingetreten?	Welche Person wurde davon betroffen?
Wie ist diese Person mit dem/den Reisteteilnehmer/n verwandt?	

Wurde der Storno-Beratungsservice (TelMed) in Anspruch genommen?     ja       nein

#### 4. Grund der Reisestornierung / des Reiseabbruches / der Reiseunterbrechung

- Krankheit    Unfall    Schwangerschaft    Impfunverträglichkeit    betriebsbedingte Kündigung  
 Tod    Sonstige Gründe \_\_\_\_\_

##### bei Krankheit

\_\_\_\_\_  
Krankheitsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Beschwerden / Symptome

\_\_\_\_\_  
Wann wurde der Arzt aufgesucht?

##### bei Unfall

\_\_\_\_\_  
Unfalltag

\_\_\_\_\_  
Unfallort

\_\_\_\_\_  
Beschreibung des Unfallereignisses

\_\_\_\_\_  
Wann wurde der Arzt aufgesucht?

Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mitverursacht?    nein    ja

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

\_\_\_\_\_  
Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name, Anschrift, Vertragsnummer)

#### 5. Entstandene Kosten

Durch Stornierung / Reiseabbruch / Reiseunterbrechung EUR \_\_\_\_\_

Nicht in Anspruch genommene Leistungen bei Reiseabbruch bzw. Unterbrechung EUR \_\_\_\_\_

#### 6. Empfänger der Versicherungsleistung

Bitte geben Sie Name und Anschrift des berechtigten Empfängers der Versicherungsleistung an:

\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie die vollständige Bankverbindung, bei Auslandskonten auch IBAN und BIC, an:

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Bankkonto

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Bank

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

Zahlung an den Reiseveranstalter

Zahlung an das Reisebüro

#### 7. Angaben zu weiteren Versicherungsverträgen

Ist Ihr Schaden noch anderweitig versichert, z.B. weitere Kreditkarte?    ja    nein

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft, Versicherungs-Nummer

Haben Sie den Schaden dort eingereicht?    ja    nein

Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie des Abrechnungsschreibens der anderen Versicherung bei.

## 8. Benötigte Unterlagen

Anlagen – beigelegt sind:

- Reise-Buchungsbestätigung (Kopie) / Umbuchungsbestätigung (Kopie)
- Stornokostenrechnung im Original
- Flugtickets, Fahrscheine und weitere Tickets im Original
- Fragebogen zur ärztlichen Bescheinigung
- Sterbeurkunde
- Kündigungsschreiben des Arbeitgebers
- Bescheinigung des Arbeitsamtes zur Arbeitslosigkeit
- Nachweis bei Schaden am Eigentum (z.B. polizeiliche Anzeige)
- Kopie der Scheidungsklage bzw. der Scheidungsantrags
- Kopie der gerichtlichen Vorladung
- Sonstige Unterlagen: \_\_\_\_\_

## 9. 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.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum

**Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters**

X \_\_\_\_\_

## 10. Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte/r Versicherte/r,

bitte unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung. Sofern nicht Sie selbst erkrankt sind, lassen Sie die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht bitte von der erkrankten Risikoperson (z.B. Kinder, Eltern, Großeltern oder betroffene Mitreisende) unterzeichnen. Die Erklärung stellt keine generelle Entbindung der Schweigepflicht dar, sondern erstreckt sich nur auf Auskünfte über die zur Stornierung, Unterbrechung oder zum Abbruch der Reise führende(n) Erkrankung(en).

### Schweigepflichtentbindungserklärung:

Ich willige ein, dass der Versicherer im Rahmen dieses Leistungsfalles alle zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über frühere, bestehende und während der Vertragsdauer eingetretene Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen bei den in diesem Formular benannten Ärzten und Versicherern sowie den Ausstellern der angegebenen Rechnungen erheben darf. Dieses gilt auch für die behandelnden Ärzten und Krankenhäusern die nicht in der beiliegenden „Schadensanzeige“ aber in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der medizinischen Versorgung im Rahmen dieses Leistungsfalles beteiligt waren.

Die Schadenbevollmächtigten des Versicherers entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an diese beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

- Mit meiner Unterschrift gebe ich die im vorstehenden Absatz genannte Schweigepflichtentbindung ab. Diese Erklärungen gilt über meinen Tod hinaus und ist jederzeit widerrufbar.
- Eine Schweigepflichtentbindungserklärung gebe ich derzeit nicht ab. Stattdessen werde ich im Einzelfall schriftlich erklären, ob ich die entsprechenden Personen bzw. Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Entscheidung zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit führen kann, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine etwaig mitversicherten Kinder sowie alle weiteren von mir gesetzlich vertretenen Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Eine Kopie dieser Ermächtigung besitzt ebenfalls Gültigkeit.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum

**Unterschrift derjenigen Person, über die Daten erhoben werden sollen**

X \_\_\_\_\_

Schadenservice  
c/o BGIC Bertil Grimme Insurance Claims GmbH  
Gänsemarkt 35  
20354 Hamburg

Telefon 0 40 – 30 37 60-0  
Fax 0 40 – 30 37 60-20  
E-Mail GuteReise@BGIC.de

## Fragebogen zur ärztlichen Bescheinigung Krankheit / Unfall / Schwangerschaft / unerwartete Impfunverträglichkeit einer versicherten Person oder einer Risikoperson

Sehr geehrte Damen und Herren,  
wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen im Interesse Ihres Patienten vollständig und leserlich zu beantworten, damit wir die Leistungspflicht aus der Reiserücktritt-Versicherung / Reiseabbruch-Versicherung beurteilen können.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

### 1. Diagnose

Genaue Diagnose mit ICD-Code, die zur Reiseunfähigkeit führte

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ICD-Code

Wann wurde die Diagnose gestellt bzw. wann ereignete sich der Unfall? \_\_\_\_\_

Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmal ein Arzt aufgesucht? \_\_\_\_\_

### Schwangerschaft

Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt? \_\_\_\_\_

In welcher Schwangerschaftswoche befindet sich die Patientin derzeit? \_\_\_\_\_

Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der gebuchten Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?

\_\_\_\_\_  
Datum

Sind Komplikationen aufgetreten?  ja  nein

Wenn ja, um welchen Komplikationen handelt es sich?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. Stationäre Behandlung?

nein \_\_\_\_\_  ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Wenn ja, bitte unbedingt den Krankenhausbericht beifügen!**

### 3. Arbeitsunfähigkeit

Bestand Arbeitsunfähigkeit?  ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 nein Begründung \_\_\_\_\_

### 4. Therapiemaßnahmen und Medikation

Welche Therapiemaßnahmen wurden eingeleitet? (Bitte auch die verschriebenen Medikamente angeben.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wann erfolgten wegen dieser Erkrankung Behandlungen? (Datumsangaben) \_\_\_\_\_

Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt?  nein  ja, am \_\_\_\_\_

**Name und Anschrift des Arztes**

\_\_\_\_\_

### 5. Verlauf der Erkrankung / Vorgeschichte

Besteht die Erkrankung seit längerer Zeit?  ja, seit \_\_\_\_\_  nein \_\_\_\_\_

Bestanden oder bestehen Erkrankungen, die mit der aktuellen Diagnose in Zusammenhang stehen?

ja, seit \_\_\_\_\_ Diagnose \_\_\_\_\_ ICD Code \_\_\_\_\_  nein

Wann erfolgten dazu im Einzelnen Behandlungen in den letzten zwei Jahren? (Datumsangaben)

\_\_\_\_\_

Wann trat eine Verschlechterung der bestehenden Erkrankung ein? Seit \_\_\_\_\_

### 6. Reisebuchung

Wurden Sie vor der Reisebuchung nach der Reisefähigkeit gefragt?  ja, am \_\_\_\_\_  nein

Bestand zum Zeitpunkt der Reisebuchung Reisefähigkeit?  ja  eingeschränkt  nein

Ab welchem Zeitpunkt war nach objektiver ärztlicher Beurteilung die Teilnahme an der gebuchten Reise nicht mehr möglich? Datum \_\_\_\_\_

Wann haben Sie vom Antritt der Reise abgeraten? Datum \_\_\_\_\_

Falls dieses Datum vom Datum des aktuellen Befundes abweicht, nennen Sie uns bitte hierfür die Gründe

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort / Datum und Unterschrift  
der / des Ärztin / Arztes

Praxisstempel