

Gaede & Glauerdt  
 Assecurateur GmbH & Co.KG  
 Herrengraben 3  
 20459 Hamburg

Telefon 0 40 - 37 65 3-330  
 E-Mail schadenservice@gaedeglauerdt.de

## Schadenanzeige zur Reiserücktritt-Versicherung und Reiseabbruch-Versicherung der GuteREISE CARD Basic und GuteREISE CARD Premium

Sehr geehrte Karteninhaberin, sehr geehrter Karteninhaber,  
 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 Reiseteilnehmern

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

### 2. Angaben zur Reise

|                                                                               |                    |                 |              |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|--------------|
| Reiseveranstalter                                                             |                    | Reiseziel       |              |
| Reisebüro/Buchungsstelle                                                      |                    |                 |              |
| Buchung am                                                                    | Stornierung am     | Reisebeginn am  | Reiseende am |
| Reiseunterbrechung vom                                                        | bis einschließlich | Reiseabbruch am |              |
| Haben Sie die Assistance-Notrufzentrale eingeschaltet?                        |                    |                 |              |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                     |                    |                 |              |
| Wie viele Teilnehmer mussten die Reise stornieren / unterbrechen / abbrechen? |                    | Anzahl          |              |

#### Vereinbarter Versicherungsschutz

☐ GuteREISE CARD Basic      ☐ GuteREISE CARD Premium

### 3. Angaben zum Versicherungsfall

|                                                                             |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Wann ist der Versicherungsfall eingetreten?                                 | Welche Person war vom Ereignis betroffen? |
| Wie ist diese Person mit dem/den Reiseteilnehmer/n verwandt bzw. angehörig? |                                           |

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

☐ 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 ein 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 IBAN, bei Auslandskonten auch den BIC-Code an: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

#### 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. Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte/r Versicherte/r,

bitte unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung. Diese stellt keine generelle Entbindung von der Schweigepflicht dar, sondern erstreckt sich nur auf Auskünfte über die während der Reise erforderlichen medizinischen Maßnahmen. Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie Schweigepflichtentbindungen Bitte geben Sie Ihre Erklärungen ab, in dem Sie die Kästchen wie folgt ankreuzen:



### 1. Von Ihnen mitgeteilte Gesundheitsdaten

☐ Ich willige ein, dass die im Rahmen des eingereichten Leistungsfalles mitgeteilten Gesundheitsdaten vom Versicherer bzw. dem Schadenregulierungsbevollmächtigten erhoben, entgegengenommen sowie gespeichert und genutzt werden, soweit dieses zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist.

### 2. Weitergabe von Gesundheitsdaten und weiterer geschützter Daten

☐ Ja, ich willige ein, dass sich der Versicherer bzw. der Schaden bevollmächtigte des Versicherers, alle im Rahmen dieses Leistungsfalles zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über frühere, bestehende und während der Versicherungsdauer eingetretene Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen bei den in diesem Formular benannten Ärzten und Versicherern sowie den Ausstellern der angegebenen Rechnungen erheben darf. Hierzu befreie ich die in der Schadenanzeige Genannten von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur medizinischen Begutachtung an beratene externe Ärzte bzw. Gutachter übermittelt werden.

☐ Nein, 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. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Schadensregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sofern sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Leistungspflicht nicht oder nur teilweise ermitteln lässt.

### 3. Einwilligung in die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail-Mitteilungen bei der Schadensbearbeitung und -regulierung eines Leistungsfalles

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail-Mitteilungen bei der Bearbeitung und Regulierung meines Leistungsfalles erfolgt. Mir ist bekannt, dass beim Versand von E-Mail-Nachrichten unter Umständen Unbefugte Dritte vom Inhalt Kenntnis nehmen können.

### 4. Regressansprüche gegenüber Dritten

Wir informieren Sie hiermit, dass zur Geltendmachung und zur Abwehr von Regressansprüchen bezüglich des Leistungsfalles persönliche (Gesundheits-)Daten im erforderlichen Umfang von behandelnden Ärzten und Krankenhäusern erhoben und an Personenversicherer (z.B. private Krankenversicherer), gesetzliche Krankenkassen oder Unfallverursacher übermittelt werden können.

Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus und ist jederzeit widerrufbar. 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.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

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

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.)