

WÜRZBURGER-VERSICHERUNGS-AG

Bahnhofstraße 11

97070 Würzburg

**Schadenanzeige zur Seminarversicherung
Rücktritts- und Abbruchversicherung
Gruppenvertrag: 36244963**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben leider Ihr Seminar stornieren / abbrechen müssen. Zur zügigen Bearbeitung Ihres Schadenfalles benötigen wir von Ihnen wichtige Angaben. Damit keine weiteren Rückfragen entstehen, füllen Sie bitte diese Schadenanzeige genau und vollständig aus.

Vielen Dank für Ihre Mühe. Für weitere Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit zur Verfügung.

Angaben zum Seminar

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

Veranstaltungsnummer

DAV:

Veranstalter

Veranstaltungsort

Gebucht über:

Beginn des Seminars

Ende des Seminars

Gebucht am:

Storniert am:
(Nachweis im Original anfügen)

E-Mail-Adresse:

Welche Seminarteilnehmer haben das Seminar storniert / abgebrochen? (Name, Anschrift, Geburtsdatum)

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Welche Person hat den Versicherungsfall ausgelöst?

Sollte der Versicherungsfall (z.B. Unfall) durch eine bestimmte Person verursacht worden sein, geben Sie bitte **Namen, Geburtsdatum und genaue Anschrift** dieser Person an sowie bei Verkehrsunfällen ggf. Tagebuch-Nr. und Polizeidienststelle.

Sofern es sich nicht um einen Seminarteilnehmer handelt, teilen Sie uns bitte das Verwandtschaftsverhältnis mit.

Bitte legen Sie uns auch einen entsprechenden Nachweis bei.

Wann ist der Versicherungsfall eingetreten? (TT/MM/JJ)

Wurde vom Seminar zurückgetreten? (TT/MM/JJ) ☐ Nein ☐ Ja, am

Bei Krankheit: Lag eine Arbeitsunfähigkeit vor? ☐ Nein ☐ Ja, ab

Wenn ja, fügen Sie bitte noch eine Kopie der AU-Bescheinigung bei.

Wurde das Seminar abgebrochen? (TT/MM/JJ) ☐ Nein ☐ Ja, am

Uhrzeit

Wurde das Seminar unterbrochen? (TT/MM/JJ) ☐ Nein ☐ Ja, von

bis

Musste der Aufenthalt verlängert werden? ☐ Nein ☐ Ja, von

bis

Grund des Rücktritts / des Abbruchs / der Unterbrechung / der Verlängerung

☐	Krankheit	Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen von dem behandelnden Arzt ausfüllen.
☐	Unfall	Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen von dem behandelnden Arzt ausfüllen.
☐	Todesfall	Bitte senden Sie uns die Sterbeurkunde in Kopie und teilen Sie uns das Verwandtschaftsverhältnis mit.
☐	Unerwartete Impfunverträglichkeit	Bitte senden Sie uns ein Attest des behandelnden Arztes.
☐	Schwangerschaft	Bitte senden Sie uns ein Attest des behandelnden Frauenarztes mit Feststellungsdatum der Schwangerschaft und Angabe der Schwangerschaftswoche.
☐	Verlust des Arbeitsplatzes	Bitte senden Sie uns die Kündigung und den Bewilligungsbescheid der Agentur für Arbeit.
☐	Aufnahme eines Arbeitsplatzverhältnisses	Bitte senden Sie uns die Bestätigung des Arbeitgebers und der Agentur für Arbeit.
☐	Arbeitsplatzwechsel	Bitte senden Sie uns die Bestätigung des Arbeitgebers.
☐	Prüfungswiederholung	Bitte senden Sie uns einen Nachweis über den Termin der nicht bestandenen Prüfung und den der Wiederholungsprüfung.
☐	Nichtversetzung/Ausscheiden aus dem Klassenverband	Bitte senden Sie uns den Nachweis über die Nichtversetzung und dem Ausscheiden aus dem Klassenverband.
☐	Bruch von Prothesen, bzw. unerwartete Lockerung von implantierten Gelenken	Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen von dem behandelnden Arzt ausfüllen.
☐	Einreichung der Scheidungsklage	Bitte senden Sie uns die gerichtliche Verfügung zur Scheidungsklage bzw. zum entsprechenden Antrag.
☐	Unerwartet schwere Erkrankung, schwerer Unfall oder Impfunverträglichkeit eines zum Seminar angemeldeten Hundes	Bitte senden Sie uns ein Attest des behandelnden Tierarztes.
☐	Unerwartete gerichtliche Ladung	Bitte senden Sie uns die gerichtliche Ladung, sowie den Nachweis zur Ablehnung der Verschiebung des Termins.
☐	Konjunkturbedingte Kurzarbeit	Bitte senden Sie uns die Bestätigung des Arbeitgebers und der Agentur für Arbeit.
☐	Erheblicher Schaden am Eigentum infolge von Feuer, Wasserrohrbruch, Elementarereignissen oder strafbaren Handlungen Dritter (z.B. Einbruchdiebstahl)	Bitte entsprechende Nachweise beifügen.
☐	Naturkatastrophen/Elementarereignisse am Urlaubsort	Bitte Bestätigung des Veranstalters, Zeitungsberichte o. ä. beifügen.
☐	Sonstige Gründe	Bitte entsprechende Nachweise beifügen.

Welche Kosten sind durch den Rücktritt, den Abbruch, der Unterbrechung oder der Aufenthaltsverlängerung angefallen?

(Beschreibung der Leistung, Betrag, ggf. Währung mit angeben)

Zur Schadenbearbeitung senden Sie uns bitte folgende Unterlagen zu:

- Entsprechende Nachweise über die aufgeführten Leistungen
- Stornorechnung des DAV für die Teilnehmer:in und Sektion im Original
- Kopie der ursprünglichen Seminar-Buchungsbestätigung

An wen sollen eventuelle Versicherungsleistungen gezahlt werden?

Name, Vorname des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

--	--	--	--	--	--

Name und Ort des Kreditinstituts

IBAN

[illegible]

BIC

[illegible]

Wurde ein Teil des Seminars von Ihrer Sektion übernommen?

Wenn ja, bitte befüllen Sie untenstehende Informationen:

Sektionsanteil in EUR:

IBAN der Sektion wurde bei Meldung vom Deutschen Alpenverein e.V. mitgeteilt und ist dokumentiert.

Hinweis über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen 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, Aufklärung oder Vorlage von Belegen 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, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

Schlusserklärung

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 über die Folgen bei Verletzung 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 Krankenkasse in Höhe der von der Würzburger Versicherungs-AG gezahlten Leistungen an die Würzburger Versicherungs-AG ab.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

WÜRZBURGER-VERSICHERUNGS-AG

Bahnhofstraße 11

97070 Würzburg

Gruppenvertrag: 36244963
Veranstaltungsnummer: _____
Versicherte Person: _____

Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen in diesem Zusammenhang für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

- ☐ Möglichkeit 1:
Zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Die Würzburger Versicherungs-AG wird mich von einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.
- ☐ Möglichkeit 2:
Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich befreie mit dieser Erklärung ausschließlich folgende Einrichtungen bzw. Personen von ihrer Schweigepflicht:

Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Datenverwendung zur Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Leistungsprüfung durch die Würzburger Versicherungs-AG. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten im Rahmen der Abwicklung des Leistungsfall es an andere Unternehmen außerhalb der Würzburger Versicherungs-AG, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt, übermittelt werden. Die Unternehmen werden eingeschaltet, um die Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

An meinen Vermittler dürfen Gesundheitsdaten nur weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Kranken- oder Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht. Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch den Versicherer von der Schweigepflicht.

Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Unterschrift, Datum

WÜRZBURGER-VERSICHERUNGS-AG

Bahnhofstraße 11

97070 Würzburg

Veranstaltungsnummer (DAV)

Gruppenvertrag: 36244963

Angaben zum Patienten

Name

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Sehr geehrte/r Frau/Herr Doktor,

wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen im Interesse unseres Kunden/Ihres Patienten vollständig zu beantworten, damit wir die Leistungspflicht beurteilen können.

Krankheit/Unfall

1. a) Genaue Diagnose mit ICD-Code
b) Vorgeschichte/Gesamtanamnese (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 Arbeitsunfähigkeit? ☐ Nein ☐ Ja, vom bis Wenn ja, bitte eine Kopie der AU-Bescheinigung beifügen.
b) Wenn nein, bitte Begründung
5. Stationäre Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja, vom bis Wenn ja, bitte den Entlassungsbericht oder den Aufnahmebefund beifügen.
6. Welche Therapiemaßnahmen wurden eingeleitet?
Bitte geben Sie die verschiedenen Medikamente an
7. a) Wann erfolgten wegen dieser Erkrankung im einzelnen Behandlungen? (Datumsangaben erbeten)
b) Welche Untersuchungen wurden im Einzelnen durchgeführt?
8. a) Bestand die Krankheit schon längere Zeit? ☐ Nein ☐ Ja, seit
b) Wann erfolgten insbesondere in den letzten beiden Jahren im einzelnen Behandlungen zu der/den oben angegebenen Erkrankung(en) (Datumsangabe erbeten)
c) An welchen dieser Daten erfolgte die Behandlung aufgrund einer Verschlechterung der bestehenden Erkrankung?
9. Bestanden zur Zeit des Seminars Bedenken, ob der/die Patient/in das geplante Seminar ohne gesundheitliches Risiko durchführen kann? Datum
10. Wurden Sie nach der Reisefähigkeit gefragt? ☐ Nein ☐ Ja erstmalig am letztmalig am
11. Wann haben Sie vom Antritt des Seminars abgeraten? Datum
Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt? ☐ Nein ☐ Ja, am
Bitte den Namen und die Anschrift des Arztes angeben.