

Bitte vollständig ausfüllen und zurückschicken an:

Europäische Reiseversicherung AG
Leistungsabteilung
Rosenheimer Straße 116, 81669 München



You travel. We care.

Schadensanzeige

Reiserücktritts- und Storno-Versicherung

Vorgangs-Nr./MSB-Nr.: _____

Sehr geehrter Kunde,

leider haben Sie Ihre Reise stornieren müssen. Zur schnellen Bearbeitung Ihres Schadensfalles brauchen wir von Ihnen nachfolgende Angaben. Bitte füllen Sie die Schadensanzeige – in Blockschrift – genau und vollständig aus. Vielen Dank für Ihre Mühe!

1. Angaben zu den Reiseteilnehmern.

Versicherungs-Nr.: _____

Reisender bzw. Antragsteller

Herr Frau

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____ Geburtsdatum _____

Telefon Vorwahl _____ Rufnummer _____

Handynummer _____ E-Mail-Adresse _____

Berufliche Tätigkeit Selbstständig Angestellt Rentner keine

Für welche Reiseteilnehmer wurde die Reise mit storniert? Bitte geben Sie Namen und Geburtsdatum an.

1 _____

2 _____

3 _____

2. Verpflichtende Angaben zu weiteren Versicherungen.

Besitzen Sie, oder ein anderer Reiseteilnehmer, eine weitere Reiserücktritts-Versicherung bei einem anderen Versicherer / Kreditkartenanbieter?

Ja Nein

Wenn ja, welcher Reiseteilnehmer bei welchem Unternehmen?

Bitte Versicherungsnummer und Kreditinstitut (Bank, Sparkasse) angeben.

Wurde der Schaden ggf. dort gemeldet?

Ja Nein

An wen sollen Versicherungsleistungen gezahlt werden? Bitte geben Sie uns Name, Anschrift und Bankverbindung (Kreditinstitut, Bankleitzahl, Konto-Nr. IBAN, BIC, ggf. Kontoinhaber) sowie Bankanschrift bei Auslandszahlungen an.

Ich wünsche die Auszahlung meiner Versicherungsleistungen per Scheck.

Ich wünsche die Auszahlung meiner Versicherungsleistungen per Überweisung.

Kontoinhaber _____

IBAN: DE _____

BIC-Code: _____

3. Wer hat den Versicherungsfall ausgelöst?

Reiseteilnehmer Ja Nein

Nicht mitreisender Angehöriger Ja Nein

Betreuungsperson Ja Nein

Bitte geben Sie Namen, ggf. Verwandtschaftsgrad und Anschrift an.

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

Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte Namen und genaue Anschrift dieser Person sowie der Polizeidienststelle an.

Wurde vor Stornierung Kontakt mit unserem Reisemediziner aufgenommen?

Ja Nein

4. Angaben zur Reise

Reiseveranstalter _____

Reiseland _____

Geplanter Reisebeginn _____

Geplantes Reiseende _____

Gebucht am _____

Storniert am _____

Datum Eintritt des Ereignisses, das zur Stornierung geführt hat _____

Wenn nicht unverzüglich storniert wurde, bitte Begründung _____

Reiseart Flug Bahn Bus Schiff Ferienwohnung/Hotel

Sonstige _____

5. Angaben zur Erstattung

Versichert sind die dem Reiseveranstalter (ggf. Fluglinie, Ferienhausvermieter, Hotel o.ä.) vertraglich geschuldeten Stornogebühren (ohne Telefonkosten, Visa- und Ticketrücknahmegebühren, Versicherungsprämien und sonstige Kosten).

_____ Euro

_____ Euro

_____ Euro

Stornokosten bzw. eventuelle Mehrkosten _____ Euro

Sofern Ihnen die Stornokosten Ihres Reiseveranstalters nicht vorliegen, wenden Sie sich bitte an Ihr Reisebüro / Ihren Reiseveranstalter.

Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zu.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Versicherungsnachweis (z.B. Prämienrechnung, Kontoauszug mit abgebuchter Prämie, Buchungsbestätigung mit Versicherungsabschluss, Versicherungsschein) | <input type="checkbox"/> Flugtickets , E-Ticket |
| <input type="checkbox"/> Reise-Buchungsbestätigung | <input type="checkbox"/> Bei E-Ticket einen Nachweis über den Nichtantritt (z. B. Bestätigung der Fluggesellschaft) |
| <input type="checkbox"/> Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters | <input type="checkbox"/> Nachweis über Schaden am Eigentum (polizeiliche Anzeige) |
| <input type="checkbox"/> Mietvertrag im Original und Ausfallrechnung | |

Kreuzen Sie den Grund für die Stornierung an und senden Sie uns die angegebenen Unterlagen.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krankheit, Unfall, Impfunverträglichkeit, Bruch von Prothesen oder Lockerung eines implantierten Gelenks | ▶ Bitte lassen Sie den beigegefügtten Fragebogen „Ärztliche Bescheinigung“ vom behandelnden Arzt ausfüllen. |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft | ▶ Bitte senden Sie uns eine Bescheinigung des behandelnden Arztes zu, aus der hervorgeht, wann die Schwangerschaft festgestellt worden ist. |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit oder betriebsbedingte Kündigung | ▶ Bitte senden Sie uns das Kündigungsschreiben des bisherigen Arbeitgebers. |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzwechsel bzw. Wiederaufnahme eines Arbeitsverhältnisses | ▶ Bitte senden Sie uns den neuen Arbeitsvertrag. |
| <input type="checkbox"/> Tod | ▶ Bitte senden Sie uns die Sterbeurkunde in Kopie und teilen Sie uns das Verwandtschaftsverhältnis mit. |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe | ▶ Bitte senden Sie uns geeignete Nachweise. |

Mitteilung über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall (§28 Abs. 4 WG).

Belehrung zur Wahrheitspflicht, 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

Machen Sie vorsätzlich falsche oder unwahre Angaben, oder 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.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Erklärungen der versicherten Person

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Europäische Reiseversicherung AG.

Ich willige ein, dass die Europäische Reiseversicherung AG die im Rahmen dieses Leistungsfalles mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ERV.

Die ERV verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

2.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung.

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die ERV benötigt 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 die ERV 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 ERV zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ERV tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

2.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen).

Die ERV führt bestimmte Aufgaben wie zum Beispiel die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der ERGO Versicherungsgruppe AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die ERV Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die ERV führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die ERV erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Dienstleisterliste der ERV kann im Internet unter https://www.reiseversicherung.de/_pdf/datenschutz/liste-der-dienstleister.pdf eingesehen oder über contac@erv.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die ERV Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die ERV 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 und genutzt werden, wie die ERV dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ERGO Versicherungsgruppe AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Einwilligung in die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail bei der Regulierung eines Leistungsfalls.

- Einwilligung in die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail bei der Regulierung meines Leistungsfalls.
Mir ist bekannt, dass beim E-Mail-Versand unter Umständen unbefugte Dritte vom Inhalt Kenntnis nehmen können.
Ich willige ein, dass die Kommunikation über meine E-Mail-Adresse _____ per unverschlüsselter E-Mail bei der Regulierung meines Leistungsfalls erfolgt. Diese Einwilligung erstreckt sich ausdrücklich auch auf Gesundheitsdaten. Ich kann diese Einwilligung jederzeit unter leistung@erv.de oder 089 / 4166 -1799 widerrufen.
- Ich möchte die Regulierung per Briefpost durchführen.

Wir informieren Sie zudem hiermit, dass zur Geltendmachung und zur Abwehr von Regressansprüchen bezüglich des Leistungsfalles persönliche (Gesundheits-) Daten im erforderlichen Umfang von Privatversicherern sowie gesetzlichen Krankenkassen erhoben und an Privatversicherer, Unfallverursacher, Reiseveranstalter, Fluggesellschaften, Vermittler sowie Reedereien übermittelt werden können. Um die Geltendmachung eines Regressanspruches handelt es sich z. B. wenn die ERV Behandlungskosten erstattet und diese Kosten teilweise bei einem Privatversicherer, bei dem der Versicherungsnehmer ebenfalls versichert ist, geltend macht. Um die Abwehr eines Regressanspruches handelt es sich, wenn ein anderer Privatversicherer im umgekehrten Fall Kosten bei der ERV geltend macht.

Erklärungen für mitversicherte Personen.

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

Mir ist bekannt, dass es zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann, wenn ich die genannten Erklärungen nicht abgebe.

Bitte vollständig vom Arzt ausfüllen lassen und zurückschicken an:

Europäische Reiseversicherung AG
Leistungsabteilung
Rosenheimer Straße 116, 81669 München



You travel. We care.

Ärztliche Bescheinigung Reiserücktritts-Versicherung

Versicherungsnummer

Herr Frau

Geburtsdatum

Vorname

Nachname

A Angaben über den Grund der Reisetornierung

1) Diagnose, die zur Absage der Reise führte

Klarschrift

/ ICD

2) Symptome, die zur Reiseunfähigkeit führten

Klarschrift

/ ICF

Wann wurde wegen der Beschwerden/Symptomen, erstmals ein Arzt aufgesucht?

B Angaben zum Behandlungsverlauf

1) Wann wurde die Diagnose, die zur Reiseabsage führte, gestellt?

2) Welche Therapien wurden an welchen Tagen durchgeführt:

Therapie	Therapiedatum

3) Erfolgte eine stationäre Behandlung

Ja Nein

von _____ bis _____

Wenn ja, legen Sie bitte eine Fotokopie des Entlassungsberichts bei.

4) Bestand eine Arbeitsunfähigkeit

Ja Nein

Wenn ja, wann?

von _____ bis _____

C Angaben zu Vorerkrankungen / Chronischen Erkrankungen

- 1) Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen? Ja Nein

Wenn ja, bitte Angabe der Diagnose ICD

- 2) Hat sich die bestehende Erkrankung unerwartet verschlechtert? Ja Nein

Wenn ja, wann

Wie hat sich dies geäußert? (neue Diagnose / Symptom)

ICD/ ICF

Wann erfolgte eine Therapieänderung?

D Angaben bei Reisestornierung wegen Schwangerschaft

- 1) Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?

Datum

Schwangerschaftswoche

Voraussichtlicher Entbindungstermin

- 2) Aufgrund welcher Komplikationen kann die Reise nicht angetreten werden?
-

E Angaben bei Reisestornierung wegen psychischer Erkrankungen

- 1) Erfolgte eine Genehmigung durch einen gesetzlichen oder privaten Krankversicherungsträger für eine ambulante Psychotherapie? Ja Nein

Wenn ja, wann erfolgte die Genehmigung? (Bitte Nachweis beifügen)

- 2) Erfolgte eine Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie? Ja Nein

Wenn ja, wann und durch wen? (Bitte Nachweis beifügen)

F Angaben zum Stornierungszeitpunkt

Wann war erkennbar, dass die Reise nicht angetreten werden konnte?

Bemerkung

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes