

Schadensanzeige / Auslandskranken-Versicherung für Au-Pairs

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

Bitte senden Sie alle Unterlagen an:
Europäische Reiseversicherung AG
Leistungsabteilung
Postfach 80 05 45
81605 MünchenTelefon +49 (0) 89 4166 -1799
E-Mail: leistung@erv.de**A Allgemeine Angaben****Name der versicherten Person**

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Telefon -

Vorwahl

Rufnummer Aufenthaltsort

Vorwahl

Rufnummer Heimatort

 -

Vorwahl

Rufnummer sonstige

E-Mail-Adresse

Anschrift am Ort der Erkrankung / des Unfalls

Versicherungsnummer

Wann und wo wurde die Versicherung erworben?

Bitte reichen Sie uns Ihren Versicherungsnachweis ein (z. B. Prämienrechnung, Kontoauszug mit abgebuchter Prämie und ausgewiesenem Versicherungstarif, Buchungsbestätigung mit Versicherungsabschluss, bei einer Jahresversicherung eine Kopie des Versicherungsscheins, Kopie der Kreditkarte ...)

B Bankverbindung

Bitte Name und Anschrift des berechtigten Empfängers der Versicherungsleistung angeben (Abtretungserklärung):

Kontoinhaber

Name und Anschrift des Kreditinstituts

IBAN-Nr. und BIC-Code Ihrer deutschen oder auch internationalen Bankverbindung:

IBAN-Nr. BIC-Code

oder

Deutsche Bankverbindung (sollten IBAN und BIC nicht vorliegen):

Bankleitzahl Konto-Nummer **C Angaben zum Auslandsaufenthalt**Wie wurde die Reise geplant? ☐ privat ☐ Dienstleister Geplante Dauer der Reise

Datum von

bis

Tatsächlicher Beginn

Datum

Uhrzeit

Tatsächliches Ende

Datum

Uhrzeit

Besteht im Land der Erkrankung / des Unfalls ein (Zweit-) Wohnsitz? ☐ Ja ☐ Nein -
Vorgangs-Nummer (falls bekannt)

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

D Angaben zum Versicherungsfall

Erkrankung / Unfall

Tag des Krankheitsbeginns bzw. Unfalls

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Datum

Art der Erkrankung (Bitte genaue Krankheitsbezeichnung mit Krankheitsverlauf angeben.)

Seit wann bestehen die Beschwerden und wann und durch wen wurden diese erstmals behandelt?

Nur ausfüllen bei Unfällen

Wurde der Unfall durch Dritte verursacht?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, bitte Name(n) und Anschrift(en) des Unfallverursachers und dessen Haftpflichtversicherung angeben.

Waren noch andere Personen am Unfall beteiligt?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, bitte Name(n) und Anschrift(en) der Person(en) angeben.

Schwangerschaft

Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Datum

In welcher Schwangerschaftswoche befanden Sie sich zum Zeitpunkt der Feststellung?

--	--

Woche

Fand eine stationäre Behandlung statt?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, bitte Befundbericht beifügen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Datum von

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

bis

Wo?

--

Wie hat die versicherte Person die Rückreise angetreten?

☐ Wie zu Beginn der Reise geplant

☐ Krankenwagen

☐ Flugzeug

☐ Ambulanzflug

☐ Stretcher

☐ Sonstiges

Wurde unsere Notrufzentrale eingeschaltet?

☐ Ja

☐ Nein

Falls nicht, bitte Begründung angeben.

Nur ausfüllen bei Todesfall

Wann ist die versicherte Person verstorben?

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Datum

ggf. Sterbeurkunde beifügen

Worin lag die Todesursache?

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

Bitte führen Sie detailliert die entstandenen Kosten auf:

Hierzu sind alle Rechnungen entweder im Original oder in Fotokopie mit dem Erstattungsvermerk eines anderen Versicherers vorzulegen!

[illegible]

Wie wurden die Rechnungen bezahlt (bar, Kreditkarte ...)?
Bitte Belege beifügen, bei Barzahlung bitte Währung angeben.

F Angaben zu anderen Versicherungen

Wurde von anderer Stelle bereits eine Entschädigung geleistet? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, von wem?		In welcher Höhe?								€
-------------------	--	------------------	--	--	--	--	--	--	--	---

Wenn (noch) nicht geleistet wurde, ist eine Entschädigung beantragt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bei wem?

Name, Anschrift

Welcher Krankenkasse (z. B. AOK, DAK, Barmer) bzw. welcher privaten Zusatzversicherung mit Auslandskrankenschutz gehört die erkrankte/verletzte Person an? Die Angaben werden wegen eines versicherungsinternen Ausgleichs benötigt.

Name, Anschrift, Versicherungsnummer / Mitgliedsnummer

Besitzt die erkrankte / verletzte Person eine Kreditkarte mit Kranken-, Soforthilfe- oder Reiserücktritts-Versicherung? ☐ Ja ☐ Nein
(Wenn ja, bitte Name und Kreditkartennummer angeben.)

Kreditkartenunternehmen, Kreditkartennummer, ausgebendes Kreditinstitut (Bank, Sparkasse)

Besteht eine Mitgliedschaft in einem gemeinnützigen Rettungsunternehmen? ☐ Ja ☐ Nein
(Wenn ja, bitte Name, Anschrift und Mitgliedsnummer angeben.)

1. Schweigepflichtentbindungserklärung

- a.) Die beiliegende „Schadensanzeige“ wurde mir im Rahmen der Geltendmachung von Leistungsansprüchen aus der Reisekranken-Versicherung übersandt. Ich willige ein, dass die Europäische Reiseversicherung AG (ERV) im Rahmen dieses Leistungsfalles alle zur Beurteilung ihrer 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. Hierzu befreie ich die Genannten / die Angehörigen der Genannten von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Die Mitarbeiter der ERV 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.

☐ 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 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.

- b.) Ich willige zudem ein, dass die ERV im Rahmen dieses Leistungsfalles alle zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über frühere, bestehende und während der Vertragsdauer eingetretene Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen bei den 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, erheben darf. Hierzu befreie ich die Genannten von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Die Mitarbeiter der ERV 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

Sie werden vor einer Erhebung nach dem vorstehenden Absatz unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

☐ 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 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.

Alle Erklärungen gelten über meinen Tod hinaus und sind jederzeit widerrufbar.

Erklärungen 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.

2. Datenschutz

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 Krankenversicherung), gesetzliche Krankenkassen oder Unfallverursacher übermittelt werden können.

3. Belehrung zur Wahrheitspflicht

Vorsätzlich falsche oder unwahre Angaben können den vollständigen Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig falsche oder unwahre Angaben eine - der Schwere Ihres Verschuldens entsprechende - Kürzung der Versicherungsleistung zur Folge haben, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht der ERV ursächlich. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die falschen oder unwahren Angaben von Ihnen arglistig gemacht werden.

Ort

Datum

Unterschrift

Europäische Reiseversicherung AG
Leistungsabteilung
Postfach 800545
81605 München

Diesen Antrag senden
Sie bitte an neben-
stehende Adresse.