

Schadensanzeige / Dienstreise-Krankenversicherung

Damit wir schnell und unkompliziert eine Versicherungsleistung erbringen können, brauchen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige in **Druckbuchstaben** sorgfältig aus! **Wichtig ist, dass Sie uns Originalrechnungen, Atteste etc. einreichen. Bei Kreditkarten ist eine Kopie der Karte mit beizulegen.** Sollten Besonderheiten auftreten, die hier in diesem Formular nicht erwähnt werden, so fügen Sie uns diese bitte auf einem separaten Blatt bei.

Bitte senden Sie alle Unterlagen an:
Europäische Reiseversicherung AG
Leistungsabteilung
Postfach 80 05 45
81605 München

Telefon +49 (0) 89 4166 -1835
E-Mail: leistung@erv.de

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

A Allgemeine Angaben	
Name, Vorname, Titel	
Position, Funktion der versicherten Person	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Geburtsdatum
Telefon	Vorwahl - Rufnummer (geschäftlich)
Telefax	Vorwahl - Rufnummer
E-Mail-Adresse	
Bitte Name und Anschrift des berechtigten Empfängers der Versicherungsleistung angeben (Abtretungserklärung):	
Kontoinhaber	
Name und Anschrift des Kreditinstituts	
Bankleitzahl	Konto-Nummer
Bei Bankverbindungen außerhalb Deutschlands bitte Swift-BIC und IBAN-Nr. angeben.	
IBAN-Nr.	
BIC-Code	
Bestätigung des Arbeitgebers zur Dienstreise (Person, Anlass, Dauer, Ort) ist beigelegt ☐ Ja ☐ Nein	
B Angaben zur versicherten Reise	
Geplante Dauer der Reise	Datum von bis
Tatsächlicher Beginn	Datum Uhrzeit
Tatsächliches Ende	Datum Uhrzeit
C Angaben zum Versicherungsfall	
Krankheitsbeginn, bzw. Unfallereignis	
Datum	Uhrzeit Ort / Land
Bitte Art der Erkrankung, Unfallursache angeben. (Wenn notwendig, legen Sie bitte ein zusätzliches Blatt bei)	
Wurden Sie Opfer einer Gewalttat? ☐ Ja ☐ Nein	

Firma
Vertragsnummer
Vorgangs-Nummer (falls bekannt)

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

Waren noch andere Personen am Unfall beteiligt bzw. gibt es Zeugen? ☐ Ja ☐ Nein

Name(n) und Anschrift(en):

Wurde ein Polizeibericht aufgenommen? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche Dienststelle? Bitte Polizeiprotokoll beifügen.

Bezeichnung der Polizeidienststelle, Anschrift, Tagebuchnummer

Fand eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung statt? ☐ Ja ☐ Nein

Art der Verletzung

Stationärer Krankenhausaufenthalt

von	bis	Ort/Land
-----	-----	----------

Diagnose (Befundbericht)

Fand bereits wegen der gleichen Erkrankung eine Behandlung statt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann zuletzt und Anschrift des behandelnden Arztes.

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.

Bitte führen Sie detailliert die entstandenen Kosten auf einem separaten Blatt auf: Hierzu sind alle Rechnungen entweder im Original oder in Fotokopie mit dem Erstattungsvermerk eines anderen Versicherers vorzulegen

Rechnungsart (z. B. für Behandlung, Medikamente, Transport)	Rechnungsdatum	Betrag (Euro oder Fremdwährung)	bereits bezahlt	
			ja	Nein
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung beantragt bzw. geleistet? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, von wem?

Name, Anschrift

In welcher Höhe?						€
------------------	--	--	--	--	--	---

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

G Andere Versicherungen

Bestehen für die erkrankte / verletzte Person noch weitere Versicherungen
(z. B. Reiserücktritt oder Autoreise-Schutzbrief) über andere Versicherer, Kreditkarten? ☐ Ja ☐ Nein

(Falls ja, Name(n), Adresse(n) der Versicherungsgesellschaft(en) und Versicherungsschein-Nummer,
ggf. Vertragskopie(n) bzw. Kreditkarten-Nummer mit ausstellender Bank angeben)

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

Welcher gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung gehört die erkrankte / verletzte Person an und seit wann?

Name, Anschrift, Versicherungsnummer / Mitgliedsnummer

H Erklärungen der versicherten Person

1. Schweigepflichtentbindungserklärung

a) Die beiliegende „Schadensanzeige“ wurde mir im Rahmen der Geltendmachung von Leistungsansprüchen aus der Reise-
kranken-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 Leis-
tungsprüfung 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 erforder-
lichen 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 Leistungs-
prüfung 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 fahr-
lässig falsche oder unwahre Angaben eine - der Schwere Ihres Verschuldens entsprechende - Kürzung der Versiche-
rungsleistung zur Folge haben, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungs-
falles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht der ERV ursächlich. Die zuletzt genannte Ein-
schränkung gilt nicht, wenn die falschen oder unwahren Angaben von Ihnen arglistig gemacht werden.**

Ort

T

T

M

M

J

J

J

J

Datum

Unterschrift