

Schadensanzeige / Reiserücktritts- und Reiseabbruch- Versicherung für Dienstreisen

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

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
☐ Unternehmen	☐ Mitarbeiter
Bitte unbedingt bei Überweisung außerhalb Deutschlands angeben:	
IBAN-Nr.	
BIC-Code	
Namen der Reisteteilnehmer, deren Reisebuchung ebenfalls storniert wurde	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum
B Angaben zur versicherten Reise	
Leistungsträger (z. B. Fluggesellschaft, Hotel, Seminarveranstalter)	
Reiseland	
Die Reise wurde gebucht am	
Geplanter Reisebeginn	
Geplantes Reiseende	

Firma
Vertragsnummer
Kreditkartennummer (nur bei Kreditkarten-Versicherung)
Vorgangs-Nummer (falls bekannt)

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

C Angaben zum Versicherungsfall

Warum wurde die Reisebuchung storniert bzw. abgebrochen? / Rücktrittsgrund

Bitte fügen Sie ggf. geeignete Nachweise (z. B. polizeiliche Anzeige, Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft, Meldung an die Hausratversicherung) bei.

a) ☐ Unerwartete schwere Erkrankung ☐ Schwangerschaft ☐ Tod ☐ Impfunverträglichkeit

☐ Unfall: Wer hat den Unfall verschuldet?

b) Schaden am Eigentum durch ☐ Elementarereignisse ☐ Brand, Blitzschlag, Explosion ☐ strafbare Handlungen (z. B. Einbruchdiebstahl)

c) erheblicher Sachschaden am Eigentum des Arbeitgebers durch ☐ Elementarereignisse ☐ Brand, Blitzschlag, Explosion

Wer wurde direkt davon betroffen? Versicherte Person?

☐ Ja

☐ Nein

Name, Vorname

Oder ein vertretener oder zu vertretender Kollege bzw. nicht mitreisender Angehöriger?

☐ Ja

☐ Nein

Name, Vorname

Verwandt mit dem Reiseteilnehmer? Lebensgefährte in gemeinsamer Wohnung?

Wann ist das Ereignis eingetreten, das zur Stornierung bzw. Abbruch geführt hat?

T T M M J J J J

Wann wurde die Reisebuchung storniert bzw. abgebrochen?

T T M M J J J J

Anlagen

Beigefügt

Beigefügt

Buchungsbestätigung

☐ Ja

☐ Nein

Stornokostenrechnung des Leistungsträgers

☐ Ja

☐ Nein

(Fachärztliches) Attest (siehe Anlage ärztliche Bescheinigung)

☐ Ja

☐ Nein

Sterbeurkunde

☐ Ja

☐ Nein

Polizeiprotokoll

☐ Ja

☐ Nein

Bestätigung des Arbeitgebers zur Dienstreise (Person, Anlass, Dauer, Ort)

☐ Ja

☐ Nein

Sonstige Unterlagen

D Erklärungen der versicherten Person

Schweigepflichtentbindungserklärung / Datenschutz

Die beiliegende „Schadensanzeige“ wurde mir im Rahmen der Geltendmachung von Leistungsansprüchen aus der Reiserücktritts- und Reiseabbruch-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 dem Arzt bzw. Krankenhaus, der / das die beigefügte „Schadensanzeige“ ausgestellt hat oder darin benannt wird sowie bei dem Arzt, der mich im Rahmen des Medizinischen Beratungsservice beraten hat, erheben darf. Hierzu befreie ich den / die Genannte / die Angehörigen des / der Genannten von seiner / 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.

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.

Datenschutz

Wir informieren Sie 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.

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