

Schadensanzeige / Dienstreise-Unfallversicherung

Damit wir schnell und unkompliziert eine Versicherungsleistung erbringen können, brauchen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte füllen Sie diese Schadensanzeige 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

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

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)	Vorwahl	Rufnummer (privat)
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				
Unfalltag/Unfallort				
Datum	Uhrzeit	Ort / Land		
Unfallursache und Hergang				
Wodurch ist der Unfall verursacht worden? Bitte beschreiben Sie den Hergang und die Art der Verletzung so genau wie möglich auf einem separaten Blatt. Sportunfälle bitte separat angeben.				
Stand die verletzte Person unter Alkohol-, Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss? ☐ Ja ☐ Nein				
Wurde der verletzten Person eine Blutprobe entnommen? ☐ Ja ☐ Nein				

Firma

Vertragsnummer

Kreditkartennummer
(nur bei Kreditkarten-Versicherung)

Vorgangs-Nummer (falls bekannt)

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? (Bescheid bitte beifügen)

Falls die folgenden Angaben bereits in einer Schadensanzeige zur (Dienst-)Reise-Krankenversicherung bei der ERV gemacht wurden, hier nicht ausfüllen. Dann bitte Angabe der Schadensnummer.

 -

Waren noch andere Personen am Unfall beteiligt?

☐ Ja ☐ Nein

Gab es Augenzeugen des Vorfalls?

☐ Ja ☐ Nein

Falls mit ja geantwortet wurde, bitte Name(n) und Anschrift(en) der Person(en) angeben.

Hat die Polizei den Unfall aufgenommen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche Dienststelle? Bitte Polizeiprotokoll beifügen.

Bezeichnung der Polizeidienststelle, Anschrift, Tagebuchnummer

D Ambulante Behandlung / Stationärer Aufenthalt

Fand eine stationäre Behandlung statt?

☐ Ja ☐ Nein

Datum

Uhrzeit

Ort / Land

Falls ja, bitte Befundbericht beifügen.

Fand eine ambulante Behandlung statt?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, Name des behandelnden Arztes

Wann fand die erste Behandlung statt?

Datum

Von welchen Ärzten wurde die verletzte Person außerdem noch behandelt?
Bitte Name(n), Anschrift(en) und Datum auf einem separaten Blatt bekannt geben.

E Angaben zur Vorerkrankung bzw. früheren Unfällen

Lag zur Zeit des Unfalls ein Leiden oder Gebrechen vor?

☐ Ja ☐ Nein

Was war der Grund für die Behandlung? (Bitte Datum, Grund und Name(n) bzw. Anschrift(en) der behandelnden Ärzte bekanntgeben)

Hatte die verletzte Person schon früher Unfälle?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, wann?

Datum

welcher Art

Wurde dafür eine Entschädigung geleistet?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, von wem? (ggf. Bescheid beifügen)

In welcher Höhe? €

Bei Renten, welcher Prozentsatz?

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

F Angaben zu anderen Versicherungen

Bestehen für die verletzte Person noch weitere Unfallversicherungen 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.

Bei welchem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft) ist die verletzte Person versichert?

Name, Anschrift

Welcher Krankenkasse (z. B. AOK, DAK, Barmer) bzw. welcher privaten Krankenversicherung gehört die erkrankte / verletzte Person an?

Name, Anschrift, Versicherungsnummer / Mitgliedsnummer

G Erklärungen der versicherten Person

1. Schweigepflichtentbindungserklärung

- a) Die beiliegende „Schadensanzeige“ wurde mir im Rahmen der Geltendmachung von Leistungsansprüchen aus der Reise-unfall-Versicherung übersandt. Ich willige ein, dass die Europäische Reiseversicherung AG (ERV) im Rahmen dieses Leistungsfallles 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 Leistungsfallles 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 Leistungsfallles 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 Leistungsfallles 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 Versicherungsfallles 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

T

T

M

M

J

J

J

J

Datum

Unterschrift