



Ihre Schadensmeldung können Sie auch ganz einfach online vornehmen unter www.ergo-reiseversicherung.de/Schadensmeldung.

ERGO

Reiseversicherung

ERGO Reiseversicherung AG
Leistungsabteilung
Postfach 80 06 20
81606 München

Schadensanzeige

Reiseunfall-Versicherung

Sehr geehrter Kunde,
zur schnellen Bearbeitung Ihres Schadensfalles brauchen wir von Ihnen nachfolgende Angaben. Bitte füllen Sie die Schadensanzeige vollständig aus. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Vorgangs-Nr. (falls bekannt)

Versicherungs-Nr.

A Allgemeine Angaben

Versicherte Person

☐ Herr ☐ Frau

Name

Vorname

Straße

Haus-Nr.

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Telefon Vorwahl

Rufnummer

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

Bitte geben Sie für die Erstattung Ihre Bankverbindung an.

Kontoinhaber

Name und Anschrift des Kreditinstituts

IBAN:

BIC-Code:

Agentur-Nr. / Versicherungsnummer

Prämienrechnung zum Versicherungsschein

☐ ist beigelegt

☐ liegt bereits vor

Wann und wo wurde die Versicherung erworben?

B Angaben zur versicherten Reise

Geplante Dauer der Reise

Datum

von

bis

Tatsächlicher Beginn

Datum

Uhrzeit

Tatsächliches Ende

Datum

Uhrzeit

C Angaben zum Versicherungsfall

1. Unfalltag Datum Uhrzeit

2. Unfallort

3. Unfallursache und Hergang

3.1. Wodurch ist der Unfall verursacht worden? Bitte beschreiben Sie den genauen Hergang.
(Bitte beantworten Sie diese Frage so ausführlich, dass sich ein deutliches Bild des Unfalls ergibt.
Bei Sportunfällen bitte Sportart angeben. Ggf. bitte gesondertes Beiblatt beifügen.)

3.2. Stand die verletzte Person unter Alkohol-, Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss? Ja ☐ Nein ☐

3.3. Wurde der verletzten Person eine Blutprobe entnommen? Ja ☐ Nein ☐

3.4. Wenn ja, mit welchem Ergebnis? (Bescheid bitte einfügen)

4. Nur auszufüllen bei Verkehrsunfällen (4.1–4.3)

4.1. Welches Verkehrsmittel wurde benutzt (Pkw, Taxi, Bus, usw.)?

4.2. War die verletzte Person Lenker des Fahrzeugs? Ja ☐ Nein ☐

4.3. War die verletzte Person im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis? Ja ☐ Nein ☐

5. Falls die Angaben zu 6.–8. bereits in einer Schadensanzeige zur Reisekranken-Versicherung bei der ERV gemacht wurden, hier nicht ausfüllen. Dann bitte Angabe der Schadensnummer.

Vorgangs-Nr.

6. Waren noch andere Personen am Unfall beteiligt? Ja ☐ Nein ☐

6.1. Gab es Augenzeugen des Vorfalls? Ja ☐ Nein ☐

Falls 6. und / oder 6.1. mit ja beantwortet wurden, bitte Name(n) und Anschrift(en) der Person(en) angeben.

6.2. Hat die Polizei den Unfall aufgenommen? Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, welche Dienststelle? Bitte Polizeiprotokoll beifügen.

Bezeichnung der Polizeidienststelle, Anschrift, Tagebuchnummer

7. Welcher Körperteil wurde verletzt? Bitte beschreiben Sie die Art der Verletzung so genau wie möglich.

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

8. Fand eine stationäre Behandlung statt?

Ja ☐ Nein ☐

Datum von bis

Falls ja, bitte Befundbericht beifügen.

9. Fand eine ambulante Behandlung statt?

Ja ☐ Nein ☐

9.1. Falls ja, Name des behandelnden Arztes

9.2. Wann fand die erste Behandlung statt? Datum

10. Von welchen Ärzten, ggf. in welchem Krankenhaus, wurde die verletzte Person außerdem noch behandelt?

Bitte Name(n) und Anschrift(en) bekannt geben.

Ab wann?

Datum (Daten)

D Angaben zur Vorerkrankung bzw. früheren Unfällen

1. Lag zur Zeit des Unfalls ein Leiden oder Gebrechen vor?

Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, welches?

2. Bei welchen Ärzten stand die verletzte Person in den letzten Jahren vor dem Unfall in Behandlung?

Name(n) / Anschrift(en)

Grund der Behandlung(en)

3. Hatte die verletzte Person schon früher Unfälle?

Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, wann? Datum

Welcher Art?

4. Wurde dafür eine Entschädigung geleistet?

Ja ☐ Nein ☐

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

4.2. In welcher Höhe? €

4.3. Bei Renten, welcher Prozentsatz? %

E Angaben zu anderen Versicherungen

1. Bestehen für die verletzte Person noch weitere Unfallversicherungen z.B. auch über Kreditkarten, wie z. B. Eurocard, Visacard, etc.? Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, Name(n), Adresse(n) der Versicherungsgesellschaft(en) und Versicherungsscheinnummer, ggf. Vertragskopie(n) und Schriftwechsel in Kopie mit Versicherungssummen bzw. Kreditkartennummer mit ausstellender Bank angeben.

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

Name, Anschrift

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

Name, Anschrift, Versicherungsnummer / Mitgliedsnummer

Information zum Datenschutz

Wir als Versicherer benötigen Daten von Kunden und weiteren Personen, um Ihre Schadenanzeige bearbeiten zu können. Bei der Verarbeitung dieser Daten beachten wir die Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Sie haben u. a. ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten und auf Einschränkung der Verarbeitung. Ausführliche Informationen finden Sie unter www.ergo-reiseversicherung.de in der Rubrik „Datenschutz“.

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

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.

Erklärungen der versicherten Person

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten das genannte Angebot bei der Leistungsbearbeitung in der Regel nicht genutzt werden kann.

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

Ich willige ein, dass die ERGO Reiseversicherung AG (ERV) 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.ergo-reiseversicherung.de/_pdf/datenschutz/liste-der-dienstleister.pdf eingesehen oder über contact@ergo-reiseversicherung.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten 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@ergo-reiseversicherung.de oder +49 89 4166-1799 widerrufen.

- ☐ Ich möchte die Regulierung per Briefpost durchführen.

Datenweitergabe im Regressfall

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, Unfallversicherer, 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.

Ort	Datum	Unterschrift des Antragstellers
-----	-------	---------------------------------