

Schadensanzeige / Reisekranken-Versicherung



You travel. We care.

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

Telefon +49 (0) 89 4166 -1799
E-Mail: leistung@erv.de

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

A Allgemeine Angaben	
Name der versicherten Person: ☐ Herr ☐ Frau	
Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	
Telefon	
Vorwahl	Rufnummer (geschäftlich)
E-Mail-Adresse	
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
Versicherungsnummer	
Prämienrechnung zum Versicherungsschein ☐ ist beigelegt ☐ liegt bereits vor	
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 Angaben zur versicherten Reise	
Wie wurde die Reise geplant? ☐ Reiseveranstalter ☐ privat	
Geplante Dauer der Reise	
Datum von	bis
Tatsächlicher Beginn	
Datum	Uhrzeit
Tatsächliches Ende	
Datum	Uhrzeit
Anschrift am Ort der Erkrankung / des Unfalls	
Besteht im Land der Erkrankung / des Unfalls ein (Zweit-) Wohnsitz? ☐ Ja ☐ Nein	

-
Vorgangs-Nummer (falls bekannt)

C Angaben zum Versicherungsfall

☐ Ja ☐ Nein
Falls ja, bitte Befundbericht beifügen.

Wo?

bis

Wo?

☐ Wie zu Beginn der Reise geplant☐ Sonstiges

☐ Ja ☐ Nein

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

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

2.3. Bei welchen Ärzten stand die erkrankte Person in den letzten 12 Monaten vor Reiseantritt in Behandlung? Wer übernimmt die Weiterbehandlung nach der Rückkehr? (Bitte jeweils Name und Anschrift sowie Behandlungszeitraum und Diagnose angeben. Reicht der Raum nicht aus, bitte gesondertes Blatt beifügen.)

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

ggf. Sterbeurkunde beifügen

4.2. Worin lag die Todesursache?		Datum

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

4.3. 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!

Rechnungsart (z. B. für Behandlung oder Medikamente)	Rechnungsdatum	Fremdwährung	Umrechnungs- kurs	⌘	bereits bezahlt	
					Ja	Nein
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐

Wie wurden die Rechnungen bezahlt (bar, Kreditkarte ...)?

Bitte Belege beifügen, bei Barzahlung bitte Währung angeben.

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

5.1. Wenn ja, von wem?

5.2. In welcher Höhe? ⌘

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

5.4. Wenn ja, bei wem?

Name, Anschrift

D Angaben zu anderen Versicherungen

1. 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

2. 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)

3. Ist für die erkrankte / verletzte Person eine Reiserücktritts-Versicherung oder ein Autoreise-Schutzbrief abgeschlossen worden? ☐ Ja ☐ Nein
(Wenn ja, bitte Fotokopie des Versicherungsscheines beifügen.)

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

Name, Anschrift und Mitgliedsnummer

5. Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal Kosten bei einer Reisekranken-Versicherung geltend gemacht? Wenn ja, wann und bei welcher Gesellschaft? Was war damals passiert? ☐ Ja ☐ Nein

Ggf. abtrennen und vom Arzt ausfüllen lassen.

30.01.007 (1805)

E 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 Europäische Reiseversicherung AG

Ich willige ein, dass die Europäische Reiseversicherung AG die im Rahmen dieses Leistungsfalles mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht erforderlich ist.

2. Erhebung von Gesundheitsdaten bei Dritten und Datenübermittlung an Dritte

Zur Prüfung der Leistungspflicht ist es erforderlich, Daten über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse zu erheben und zu verwenden. Zudem kann es erforderlich sein, dass die Europäische Reiseversicherung AG die Angaben, die Ihr Arzt/Facharzt/Krankenhausarzt über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse macht, überprüfen muss.

Für diese Fälle, benötigt die Europäische Reiseversicherung AG Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Aus diesem Grund geben Sie bitte folgende Erklärungen ab:

a) Ich willige ein, dass die Europäische Reiseversicherung AG – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei den unten aufgeführten Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern erhebt und für diese Zwecke verwendet.

b) Ich willige zudem ein, dass die ERV im Rahmen dieses Leistungsfalles – soweit es Rückfragen zu den Angaben gibt, weil diese nicht eindeutig sind oder weitere Fragen aufwerfen und soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – weitere Gesundheitsdaten mich betreffend bei den unten aufgeführten Ärzten bzw. Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, erhebt und für diese Zwecke verwendet.

c) Ich befreie die unten aufgeführten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen sowie Behandlungen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Abschluss meines Versicherungsvertrages an die ERV übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich die erforderlichen Unterlagen auch selbst beibringen kann.

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, Unfallverursacher, 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

Europäische Reiseversicherung AG
Leistungsabteilung
Postfach 8005 45
81605 München

Diesen Antrag senden
Sie bitte an neben-
stehende Adresse.