

Schadensanzeige / Reisekranken-Versicherung

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:	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	
Telefon	-
Vorwahl	Rufnummer (geschäftlich)
Vorwahl	Rufnummer (privat)
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	<input type="checkbox"/> ist beigelegt <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Reiseveranstalter <input type="checkbox"/> 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?	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Vorgangs-Nummer (falls bekannt)

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

C Angaben zum Versicherungsfall

1. Tag des Krankheitsbeginns bzw. Unfalls

T T M M J J J J

a) Fand eine stationäre Behandlung statt?

Ja Nein
Falls ja, bitte Befundbericht beifügen.

T T M M J J J J

T T M M J J J J

Datum von bis Wo?

b) Wie hat die versicherte Person die Rückreise angetreten?

Wie zu Beginn der Reise geplant

Krankenwagen Flugzeug Ambulanzflug Stretcher Sonstiges

c) Wurde unsere Notrufzentrale eingeschaltet?

Ja Nein

Falls nicht, bitte Begründung angeben.

2. Nur ausfüllen bei Erkrankung

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.)

3. Nur ausfüllen bei Unfällen

3.1. Wurde der Unfall durch Dritte verursacht?

Ja Nein

Wenn ja, bitte Name(n) und Anschrift(en) des Unfallverursachers und dessen Haftpflichtversicherung angeben.

3.2. Waren noch andere Personen am Unfall beteiligt?

Ja Nein

Wenn ja, bitte Name(n) und Anschrift(en) der Person(en) angeben.

4. Nur ausfüllen bei Todesfall

4.1. Wann ist die versicherte Person verstorben?

T T M M J J J J

ggf. Sterbeurkunde beifügen

Datum

4.2. Worin lag die Todesursache?

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
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

1. Schweigepflichtentbindungserklärung

a.) Die beiliegende „Schadensanzeige“ wurde mir im Rahmen der Geltendmachung von Leistungsansprüchen aus der Reisekranken-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 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 Leistungsfalles 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 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 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 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 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

Europäische Reiseversicherung AG
Leistungsabteilung
Postfach 800545
81605 München

Diesen Antrag senden
Sie bitte an neben-
stehende Adresse.