

Bitte vollständig vom Arzt ausfüllen lassen und zurückschicken an:

ERGO Reiseversicherung AG, Leistungsabteilung

Postfach 80 06 20, 81606 München

ERGO

Reiseversicherung

Ärztliche Bescheinigung für Dienst- und Geschäftsreisen

Vorgangs-Nr. _____ Versicherungsnummer _____

Herr Frau _____ Geburtsdatum _____

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

A Angaben über den Grund der Reisestornierung

1) Diagnose, die zur Absage der Reise führte

Klarschrift _____ / ICD _____

2) Symptome, die zur Reiseunfähigkeit führten

Klarschrift _____ / ICF _____

Wann wurde wegen der Beschwerden / Symptome, erstmals ein Arzt aufgesucht? Datum _____

B Angaben zum Behandlungsverlauf

1) Wann wurde die Diagnose, die zur Reiseabsage führte, gestellt?

2) Welche Therapien wurden an welchen Tagen durchgeführt:

Therapie	Therapiedatum

3) Erfolgte eine stationäre Behandlung Ja Nein

von _____ bis _____

Wenn ja, legen Sie bitte eine Fotokopie des Entlassungsberichts bei.

- 4) Bestand eine Arbeitsunfähigkeit Ja Nein
Wenn ja, wann?
von _____ bis _____
(Bitte abgestempelte AU des Arbeitgebers beifügen)

C Angaben zu Vorerkrankungen / Chronischen Erkrankungen

- 1) Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen? Ja Nein
Wenn ja, bitte Angabe der Diagnose ICD _____
Wenn ja, seit wann _____
- 2) Hat sich die bestehende Erkrankung unerwartet verschlechtert? Ja Nein
Wenn ja, wann _____
Wie hat sich dies geäußert? (neue Diagnose / Symptom) _____
ICD/ ICF _____
Wann erfolgte eine Therapieänderung? _____

D Angaben bei Reisestornierung wegen Schwangerschaft

- 1) Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?
Datum _____ Schwangerschaftswoche _____
Voraussichtlicher Entbindungstermin _____
- 2) Aufgrund welcher Komplikationen kann die Reise nicht angetreten werden?

E Angaben bei Reisestornierung wegen psychischer Erkrankungen

- 1) Erfolgte eine Genehmigung durch einen gesetzlichen oder privaten Krankversicherungsträger für eine ambulante Psychotherapie? Ja Nein
Wenn ja, wann erfolgte die Genehmigung?
(Bitte Nachweis beifügen) _____
- 2) Erfolgte eine Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie? Ja Nein
Wenn ja, wann und durch wen?
(Bitte Nachweis beifügen) _____

F Angaben zum Stornierungszeitpunkt

Wann war erkennbar, dass die Reise nicht angetreten werden konnte?

Bemerkung

Ort _____ Datum _____ Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes _____

Erklärungen

Ich bin

- Versicherungsnehmer
- Mitversicherte Person
- Andere 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, 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 minderjährige und gesetzlich vertretene 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