

Schadensanzeige

Reisekranken-Versicherung für Dienstreisen

Sehr geehrter Kunde,

zur schnellen Bearbeitung Ihres Schadenfalls brauchen wir von Ihnen nachfolgende Angaben. Bitte füllen Sie die Schadensanzeige vollständig aus und reichen uns die Rechnungen im Original ein. Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Versicherungsschein-Nr.

Firma

1. Angaben zu Ihrer Person

Reisender bzw. Antragsteller

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 des Kreditinstituts

IBAN:

BIC-Code:

2. Angaben zur Reise

Geplante Dauer der Reise

von

bis

Tatsächlicher Beginn

Datum

Uhrzeit

Tatsächliches Ende

Datum

Uhrzeit

Bestätigung des Arbeitgebers zur Dienstreise (Person, Anlass, Dauer, Ort) ist beigelegt.

Ja Nein

3. Angaben zum Versicherungsfall

Krankheitsbeginn Datum Uhrzeit Ort / Land

Unfallereignis Datum Uhrzeit Ort / Land

Bitte geben Sie die Art der Erkrankung bzw. der Unfallursache an. Wenn nötig, bitte ein gesondertes Blatt beifügen.

Wurden Sie Opfer einer Gewalttat? Ja Nein

Nur ausfüllen bei Unfall

Waren noch andere Personen am Unfall beteiligt? Ja Nein
Wenn ja, geben Sie bitte Name(n) und Adresse(n) an.

Gibt es Unfallzeugen? Ja Nein
Wenn ja, geben Sie bitte Name(n) und Adresse(n) an.

Wurde ein Polizeibericht aufgenommen? Ja Nein
Falls ja, geben Sie bitte die Bezeichnung der Dienststelle, Anschrift, Tagebuch-Nr. etc. an und legen Sie das Polizeiprotokoll bei.

4. Ambulante Behandlung / Stationärer Aufenthalt

Fand eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung statt? Ja Nein
Wenn ja, beschreiben Sie bitte die Art der Verletzung.

War ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig?

Ja von _____ bis _____ Ort/Land

Nein

Diagnose (Befundbericht)

Fand wegen der gleichen Erkrankung
bereits eine Behandlung statt?

Ja, Datum der letzten Behandlung

Nein

Name und Anschrift des behandelnden Arztes.

Wie hat die versicherte Person die Rückreise angetreten?

Wie zu Beginn der Reise geplant Krankenwagen Flugzeug

Ambulanzflug Stretcher Sonstiges _____

Wurde unsere Notrufzentrale eingeschaltet?

Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte Name(n) und Adresse(n) an.

Falls nicht, geben Sie bitte eine Begründung an.

5. Angaben zu entstandenen Kosten (bitte Originalbelege beifügen)

Bitte führen Sie die entstandenen Kosten detailliert auf einem separaten Blatt auf. Hierzu sind alle Rechnungen entweder im Original oder in Fotokopie mit dem Erstattungsvermerk eines anderen Versicherers vorzulegen.

Rechnungsart (z. B. für Behandlung, Medikamente, Transport)	Rechnungsdatum	Betrag (inkl. Währung)	bereits bezahlt
_____	_____	_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Wurde von anderer Seite eine Entschädigung beantragt bzw. geleistet?

Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte Name und Anschrift an.

Höhe der Zahlung _____ Euro

6. Angaben zu anderen Versicherungen

Bestehen für die erkrankte / verletzte Person noch weitere Versicherungen

Ja Nein

(z. B. Reiserücktritt oder Autoreise-Schutzbrief) über andere Versicherer oder die Kreditkarte?)

Wenn ja, bitte Name(n), Anschrift(en) der Versicherungsgesellschaften, Versicherungsschein-Nr., ggf. Vertragskopien bzw. Name der ausstellenden Bank angeben.

Name(n)

Adresse(n)

Versicherungsschein-Nr.

Bank

Besteht eine Mitgliedschaft in einem gemeinnützigen Rettungsunternehmen?

Ja Nein

Wenn ja, bitte Name, Adresse und Mitglieds-Nr. angeben

Welcher gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung gehört die erkrankte / verletzte Person an und seit wann?
Bitte Name, Adresse, Versicherungs- und Mitglieds-Nr. angeben.

Name versichert seit

Adresse

Versicherungs-Nr.

Mitglieds-Nr.

Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zu, damit wir den Schadensfall für Sie bearbeiten können:

- Versicherungsschein
- Reise-Buchungsbestätigung
- Rechnung im Original
- Befundbericht des Arztes
- Bestätigung des Arbeitgebers zur Dienstreise (Person, Anlass, Dauer, Ort)
- Polizeiprotokoll
- Zahlungsnachweis bei Buchung mit Kreditkarte inkl. Mitteilung zur Gültigkeitsdauer

Bitte die Unterlagen nicht heften oder klammern! Danke für Ihre Mithilfe.

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).

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.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers

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 Leistungsfallles 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 Leistungsfallles.

- Einwilligung in die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail bei der Regulierung meines Leistungsfallles.
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 Leistungsfallles 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 Leistungsfallles 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