

Schadensanzeige

Reiserücktritts- und Reiseabbruch-Versicherung für Dienstreisen

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.

Firma

Versicherungsschein-Nr.

1. Angaben zu den Reiseteilnehmern

Reisender bzw. Antragsteller

Herr Frau

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Telefon- / Mobil-Nummer

E-Mail-Adresse

Für welche Reiseteilnehmer wurde die Reise storniert? Bitte geben Sie Namen und Geburtsdatum an.

1. _____

2. _____

Bitte geben Sie für die Erstattung Ihre Bankverbindung an.

Kontoinhaber

Name und Anschrift des Kreditinstituts

IBAN: _____

BIC-Code: _____

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

Ja Nein

2. Angaben zur versicherten Reise

Bitte geben Sie die Leistungsträger, z. B. Fluggesellschaft, Hotel, Seminarveranstalter an.

Reiseland _____

Reise gebucht am _____

storniert / abgebrochen am _____

Wann ist das Ereignis eingetreten,
bzw. dem Abbruch geführt hat?

Datum _____

Reiseart Flug Bahn Bus Schiff Ferienwohnung / Hotel Sonstige

3. Angaben über den Grund der Reisestornierung bzw. des Reiseabbruchs

Warum wurde die Reisebuchung storniert bzw. abgebrochen?

Bitte fügen Sie geeignete Nachweise, z. B. ärztliche Bescheinigung, polizeiliche Anzeige, Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft, Meldung an die Hausratversicherung, bei.

Kreuzen Sie den Grund für die Stornierung bzw. des Reiseabbruchs an und senden Sie uns die angegebenen Unterlagen.

Krankheit, Unfall, Impfunverträglichkeit, Bruch von Prothesen oder Lockerung eines implantierten Gelenks

Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen „Ärztliche Bescheinigung“ vom behandelnden Arzt ausfüllen.

Schwangerschaft

Bitte senden Sie uns eine Bescheinigung des behandelnden Arztes zu, aus der hervorgeht, wann die Schwangerschaft festgestellt worden ist.

Tod

Bitte senden Sie uns die Sterbeurkunde in Kopie und teilen Sie uns das Verwandtschaftsverhältnis mit.

Sonstige Gründe

Bitte senden Sie uns geeignete Nachweise.

War die versicherte Person direkt betroffen?
Wenn ja, bitte Name und Vorname angeben.

Ja Nein

Name _____

Vorname _____

War ein vertretener oder zu vertretender Kollege bzw. nicht mitreisender Angehöriger betroffen?
Wenn ja, geben Sie bitte Name(n) und Adresse(n) an.

Ja Nein

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

Ist der Reisetilnehmer Lebensgefährte in gemeinsamer Wohnung?

Ja Nein

Verwandt mit dem Reisetilnehmer?

Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte das Verwandtschaftsverhältnis an

Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zu.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Versicherungsschein | <input type="checkbox"/> Nachweis über die Zahlung der Versicherungsprämie (Versicherungsnachweis) |
| <input type="checkbox"/> Reise-Buchungsbestätigung | <input type="checkbox"/> Bestätigung des Arbeitgebers zur Dienstreise (Person, Anlass, Dauer, Ort) |
| <input type="checkbox"/> Stornokostenrechnung des Leistungsträgers | <input type="checkbox"/> Bei Zahlung mit Kreditkarte Kontoauszug inkl. Mitteilung zur Gültigkeitsdauer |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Unterlagen | |
-
-
-

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).

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.

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 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