

### Schadensanzeige

# Reiseunfall-Versicherung für Dienstreisen

Sehr geehrter Kunde,

Damit wir eine Leistung schnell und unkompliziert erbringen können, brauchen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte füllen Sie diese Schadensanzeige genau und vollständig aus. Wichtig ist, dass Sie uns Originalrechnungen und Atteste etc. einreichen. Sollten Besonderheiten auftreten, die hier nicht erwähnt werden, so fügen Sie uns diese bitte auf einem gesonderten Blatt bei. Vielen Dank für ihre Mühe! Bei Rückfragen rufen Sie uns gerne an.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Versicherungsschein-Nr.

## 1. Angaben zu Ihrer Person

Reisender / Versicherungsnehmer

Herr  Frau

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefon Vorwahl Rufnummer

\_\_\_\_\_  
Mobilnummer E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Beruf / derzeitige Beschäftigung

## 2. Angaben zum Unfallereignis

\_\_\_\_\_  
Wann und wo ereignete sich der Unfall? Datum Uhrzeit von bis

\_\_\_\_\_  
Genauere Adresse:

### Unfallschilderung (Bitte genaue/r Unfallursache und -hergang)

Bitte beantworten Sie diese Frage so ausführlich, dass sich ein deutliches Bild des Unfalls ergibt. Bei Sportunfällen bitte Sportart angeben. Sollte der Platz nicht ausreichen, nutzen Sie bitte ein separates Blatt. Vielen Dank.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Unfallfolgen / Verletzungen

---

#### Art der Verletzung. Welche Körperteile wurden verletzt?

Bitte beschreiben Sie die Art der Verletzung so genau wie möglich. Ggf. benutzen Sie ein gesondertes Blatt.

---

---

---

#### Fand eine Erstbehandlung statt?

Ja  Nein

Name und Anschrift des Arztes bzw. Krankenhauses.

---

#### Fand eine stationäre Behandlung statt?

Ja  Nein

Falls ja Datum von bis

---

Name und Anschrift des Krankenhauses. Bitte den Befundbericht mitschicken.

---

#### Lagen zum Unfallzeitpunkt Krankheiten (auch frühere), Gebrechen, Behinderungen, Leiden oder Verletzungsfolgen vor?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

Seit wann? Datum

---

#### Ist die Behandlung abgeschlossen?

Ja  Nein

Wenn ja, seit wann? Datum

---

#### Wurden bereits vor dem Unfall regelmäßig Medikamente eingenommen?

Ja  Nein

Weswegen? Welche?

---

Dosierung? Seit wann?

---

#### Bei welchen Ärzten stand die verletzte Person in den letzten Jahren vor dem Unfall in Behandlung?

Name / Anschrift

---

Grund der Behandlung

---

#### Hatte die verletzte Person schon früher Unfälle?

Ja  Nein

Falls ja, wann? Datum von bis

---

Welcher Art?

---

#### Wurde dafür eine Entschädigung bezahlt?

Ja  Nein

Wenn ja, von wem? (Ggf. Bescheid beifügen)

---

In welcher Höhe? Euro

---

Bei Renten, welcher Prozentsatz? %

---

Hatte die verletzte Person in den letzten 12 Std. vor dem Unfall alkoholische Getränke, Medikamente oder Rauschmittel zu sich genommen?

Ja  Nein

Wurde ihr eine Blutprobe entnommen?

Ja  Nein

Ergebnis

---

War die verletzte Person Fahrzeuglenker?

Ja  Nein

War sie im Besitz der erforderlichen Fahrerlaubnis?

Ja  Nein

Welches Verkehrsmittel wurde benutzt (z. B. Pkw, Taxi usw.)?

---

Waren noch andere Personen am Unfall beteiligt?  
Beteiligte, Augenzeugen des Unfalls

Ja  Nein

---

---

Polizeidienststelle

Aktenzeichen

Tagebuch-Nr.

**Weitere Unfallversicherungen (auch über Kreditkarten wie z. B. Mastercard etc., auch erloschene)**

Ja  Nein

Falls ja, bitte Namen, Adressen der Versicherungsgesellschaften, Versicherungsschein-Nr.

ggf. Vertragskopie) und Schriftwechsel in Kopie mit Versicherungs-Nr. und ausstellender Bank angeben.

---

---

**Wurde der Schaden ggf. dort gemeldet?**

Ja  Nein

Bei welchem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ist die verletzte Person versichert (z. B. Berufsgenossenschaft)?  
Bitte Namen und Anschrift angeben.

---

---

Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse bzw. welcher privaten Krankenversicherung ist die verletzte Person versichert?  
Bitte Name, Anschrift, Versicherungs-Nr. / Mitglieds-Nr. angeben.

---

---

Bitte geben Sie für die Erstattung Ihre Bankverbindung an.

Kontoinhaber

---

Name und Anschrift des Kreditinstituts

---

IBAN:

BIC-Code:

#### 4. Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zu, damit wir den Schadensfall für Sie bearbeiten können

---

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Versicherungsschein / Prämienrechnung zum Versicherungsschein | <input type="checkbox"/> Nachweis über die Zahlung der Versicherungsprämie |
| <input type="checkbox"/> Buchungsbestätigung Ihres Veranstalters                       | <input type="checkbox"/> Zahlungsnachweis bei Buchung mit Kreditkarte      |
| <input type="checkbox"/> Reisenachweis, z.B. Flugtickets, Bahnfahrkarten               | <input type="checkbox"/> Sterbeurkunde / Totenschein im Todesfall          |
| <input type="checkbox"/> Behandlungsnachweise vom Arzt                                 | <input type="checkbox"/> Erbschein im Todesfall                            |
| <input type="checkbox"/> Ärztliche Befunde   | <input type="checkbox"/> Polizeiprotokoll                                  |

**Bitte 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](http://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](https://www.ergo-reiseversicherung.de/_pdf/datenschutz/liste-der-dienstleister.pdf) eingesehen oder über [contact@ergo-reiseversicherung.de](mailto: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](mailto: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