

Bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen und zurückschicken an:

Europäische Reiseversicherung AG
Leistungsabteilung
Rosenheimer Straße 116, 81669 München



You travel. We care.

Schadensanzeige

Reiseabbruch-Versicherung

Schaden-Nr. bei der ERV: _____

Sehr geehrter Kunde,

leider haben Sie Ihre Reise nicht planmäßig durchführen können. Zur schnellen Bearbeitung Ihres Schadensfalles brauchen wir von Ihnen nachfolgende Angaben. Bitte füllen Sie die Schadensanzeige – in Blockschrift – genau und vollständig aus. Vielen Dank für Ihre Mühe!

1. Angaben zu den Reiseteilnehmern.

Versicherungs-Nr.: _____

Reisender bzw. Antragsteller

Herr Frau

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____ Geburtsdatum _____

Telefon Vorwahl _____ Rufnummer _____

Handynummer _____ E-Mail-Adresse _____

Berufliche Tätigkeit Selbstständig Angestellt Rentner Schüler keine

Welche Reiseteilnehmer haben die Reise abgebrochen oder die Rundreise unterbrochen?
Bitte geben Sie Namen und Geburtsdatum an.

1 _____

2 _____

3 _____

An wen sollen Versicherungsleistungen gezahlt werden? Bitte geben Sie uns Name, Anschrift und Bankverbindung (Kreditinstitut, Bankleitzahl, Konto-Nr. IBAN, BIC, ggf. Kontoinhaber) sowie Bankanschrift bei Auslandszahlungen an.

Kontoinhaber _____ Name des Kreditinstituts _____

IBAN: | D | E | _____ BIC-Code: _____

Bankleitzahl: _____ Konto-Nr.: _____

2. Verpflichtende Angaben zu weiteren Versicherungen.

Besitzen Sie, oder ein anderer Reiseteilnehmer, eine weitere Reiseabbruch-Versicherung bei einem anderen Versicherer / Kreditkartenanbieter?
Wenn ja, welcher Reiseteilnehmer bei welchem Unternehmen?

Ja Nein

Bitte Versicherungsnummer und Kreditinstitut (Bank, Sparkasse) angeben.

Wurde der Schaden ggf. dort gemeldet?

Ja Nein

3. Wer hat den Versicherungsfall ausgelöst?

Reiseteilnehmer Ja Nein

Nicht mitreisender Angehöriger Ja Nein

Betreuungsperson Ja Nein

Bitte geben Sie Namen, ggf. Verwandtschaftsgrad und Anschrift an.

Ist der Versicherungsfall (z.B. Unfall) durch eine fremde Person verursacht worden?

Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte Namen und genaue Anschrift dieser Person sowie der Polizeidienststelle an.

Wurde vor Abbruch der Reise Kontakt mit unserer Notrufzentrale aufgenommen?

Ja Nein

4. Angaben zur Reise

Reiseveranstalter _____

Reiseland _____

Geplanter Reisebeginn _____

Geplantes Reiseende _____

Gebucht am _____

Abgebrochen am _____

Datum Eintritt des Ereignisses, das zum Reiseabbruch geführt hat _____

Reiseart Flug Bahn Bus Schiff Ferienwohnung/Hotel Sonstige _____

5. Angaben zur Erstattung

Sind Kosten durch den Reiseabbruch bzw. durch die Unterbrechung der Rundreise angefallen?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

(bitte entsprechende Nachweise / Rechnungen beifügen)

Aufstellung der nicht in Anspruch genommenen Reiseleistungen bei Reiseabbruch

(bitte entsprechende Nachweise / Rechnungen beifügen)

Aufstellung der entstandenen Mehrkosten bei verlängertem Aufenthalt

(bitte entsprechende Nachweise / Rechnungen beifügen)

Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zu.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Versicherungsnachweis (z.B. Prämienrechnung, Kontoauszug mit abgebuchter Prämie, Buchungsbestätigung mit Versicherungsabschluss, Versicherungsschein) | <input type="checkbox"/> Aufstellung des Veranstalters / Vermieters über die nicht in Anspruch genommenen Reiseleistungen |
| <input type="checkbox"/> Reise-Buchungsbestätigung | <input type="checkbox"/> Neu erworbene Flugtickets, E-Ticket |
| <input type="checkbox"/> Nachweise / Rechnungen über entstandene Mehrkosten | <input type="checkbox"/> Nachweis über Schaden am Eigentum (polizeiliche Anzeige) |

Kreuzen Sie den Grund für den Reiseabbruch an und senden Sie uns die angegebenen Unterlagen.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankheit, Unfall, Bruch von Prothesen oder Lockerung eines implantierten Gelenks | ▶ Bitte senden Sie uns eine Bescheinigung des behandelnden Arztes vor Ort zu. |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft | ▶ Bitte senden Sie uns eine Bescheinigung des behandelnden Arztes vor Ort zu, aus der hervorgeht, wann die Schwangerschaft festgestellt worden ist. |
| <input type="checkbox"/> Tod | ▶ Bitte senden Sie uns die Sterbeurkunde in Kopie und teilen Sie uns das Verwandtschaftsverhältnis mit. |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe | ▶ Bitte senden Sie uns geeignete Nachweise. |

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.erv.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 der versicherten 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 Europäische Reiseversicherung AG.

Ich willige ein, dass die Europäische Reiseversicherung AG 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.reiseversicherung.de/_pdf/datenschutz/liste-der-dienstleister.pdf eingesehen oder über contact@erv.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@erv.de oder 089 / 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 mitversicherte 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.