

# Schadensanzeige für Reisen in Deutschland / Reiserücktritts-Versicherung

Bitte senden Sie alle Unterlagen an:  
Europäische Reiseversicherung AG  
Leistungsabteilung  
Postfach 80 05 45  
81605 München

Telefon +49 (0) 89 4166 -1799  
E-Mail: leistung@erv.de

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

A Angaben zu den Reiset Teilnehmern		
1. Reiseanmelder, der diese Schadensanzeige ausfüllt bzw. unterschreibt		
<input type="text"/>		
Name, Vorname		
<input type="text"/>		
Straße, Hausnummer		
<input type="text"/>		
PLZ, Ort	Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon		
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	
Vorwahl Rufnummer (geschäftlich)	Vorwahl Rufnummer (privat)	
2. Namen der ReisetTeilnehmer, deren Reise storniert wurde		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name, Vorname	Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name, Vorname	Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name, Vorname	Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name, Vorname	Geburtsdatum	
Wenn mehrere Personen die Reise gebucht hatten, geben Sie bitte den Verwandtschaftsgrad an (ggf. Nachweise beilegen).		
<b>Bitte Name und Anschrift des berechtigten Empfängers der Versicherungsleistung angeben (Abtretungserklärung):</b>		
<input type="text"/>		
Kontoinhaber		
<input type="text"/>		
Name und Anschrift des Kreditinstituts		
Bankleitzahl	Konto-Nummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bitte unbedingt bei Überweisung außerhalb Deutschlands angeben:		
IBAN-Nr.	<input type="text"/>	
BIC-Code	<input type="text"/>	
B Angaben zur stornierten Reise / Ferienwohnung / Hotel		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Die Reise wurde gebucht am	Geplanter Reisebeginn	Geplantes Reiseende
C Angaben zum Versicherungsfall		
1. Warum wurde die Reise storniert?		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
2. Wer hat den Versicherungsfall ausgelöst? (ggf. Nachweis für Verwandtschaft)		
<input type="text"/>		
Name, Vorname		
3. a) Wann ist das Ereignis eingetreten, das zur Stornierung geführt hat?	Datum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
b) Wann wurde die Reise storniert?	Datum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

-   
Vorgangs-Nummer (falls bekannt)

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

**Anlagen:**

- Versicherungsnachweis (z. B. Überweisungsprospekt, Prämienrechnung ...)
- Buchungsbestätigung und Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters
- Mietvertrag und Ausfallrechnung des Vermieters
- (Fachärztliches) Attest und Schweigepflichtentbindungserklärung
- Sterbeurkunde
- Kündigungsschreiben des Arbeitgebers
- Nachweis bei Schaden am Eigentum (z. B. polizeiliche Anzeige ...)

Sonstige Unterlagen

**D Erklärungen der versicherten Person**

**Schweigepflichtentbindungserklärung / Datenschutz**

Die beiliegende „Ärztliche Bescheinigung“ wurde mir im Rahmen der Geltendmachung von Leistungsansprüchen aus der Reiserücktritts-Versicherung übersandt. Ich willige ein, dass die Europäische Reiseversicherung AG (ERV) im Rahmen dieses Leistungsfalles alle zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über frühere, bestehende und während der Vertragsdauer eingetretene Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen bei dem Arzt bzw. Krankenhaus, der / das die beigefügte „Ärztliche Bescheinigung“ ausgestellt hat oder darin benannt wird sowie bei dem Arzt, der mich im Rahmen des Medizinischen Beratungsservice beraten hat, erheben darf. Hierzu befreie ich den / die Genannte / die Angehörigen des / der Genannten von seiner / ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Die Mitarbeiter der ERV entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an diese beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

- Mit meiner Unterschrift gebe ich die im vorstehenden Absatz genannte Schweigepflichtentbindung ab.
- Eine Schweigepflichtentbindungserklärung gebe ich derzeit nicht ab. Stattdessen werde ich im Einzelfall schriftlich erklären, ob ich die entsprechenden Personen bzw. Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass diese Entscheidung zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit führen kann, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Alle Erklärungen gelten über meinen Tod hinaus und sind jederzeit widerrufbar.

**Erklärungen für mitzuversichernde Personen**

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

**Datenschutz**

Wir informieren Sie 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.

**Belehrung zur Wahrheitspflicht**

Vorsätzlich falsche oder unwahre Angaben können den vollständigen Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig falsche oder unwahre Angaben eine - der Schwere Ihres Verschuldens entsprechende - Kürzung der Versicherungsleistung zur Folge haben, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht der ERV ursächlich. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die falschen oder unwahren Angaben von Ihnen arglistig gemacht werden.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Ort

Datum

Unterschrift

# Ärztliche Bescheinigung Reiserücktritts-Versicherung

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

bei uns werden Ansprüche aus der Reiserücktritts-Versicherung geltend gemacht. Um die Rechtmäßigkeit dieser Ansprüche beurteilen zu können, bitten wir Sie, diese **ärztliche Bescheinigung möglichst komplett und den medizinischen Tatsachen entsprechend, objektiv auszufüllen**. Die bei uns versicherten Personen sind gemäß Artikel 6 der Versicherungsbedingungen verpflichtet, die behandelnden Ärzte vollumfänglich von ihrer Schweigepflicht zu entbinden. Zur Klärung medizinischer Sachverhalte werden Sie ggf. von unserem Vertrauensarzt kontaktiert.

Mit freundlichen Grüßen  
Europäische Reiseversicherung AG

Bitte senden Sie alle Unterlagen an:  
Europäische Reiseversicherung AG  
Leistungsabteilung  
Postfach 80 05 45  
81605 München

Telefon +49 (0) 89 4166 -1835  
E-Mail: leistung@erv.de

Name des Patienten	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Geburtsdatum
1. Genaue Diagnose, die zur Reiseunfähigkeit führte:	
2. Wann erkrankte der Patient / die Patientin? Wann war der Unfall? Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt? Datum	
Wann erfolgte die erste Behandlung der Beschwerden / Symptome, die zu dieser Diagnose führten? Datum	
Bestand bis zu diesem Zeitpunkt uneingeschränkte Reisefähigkeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wann wurde der erste Behandlungstermin vereinbart? Datum	
3. Medikation und therapeutische Maßnahmen:	
4. War eine stationäre Behandlung nötig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wann und wo?	
5. Bestand Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein (Bitte Kopie der AU-Bescheinigung beilegen.)	
6. Wurde diese Krankheit zuvor bereits einmal / mehrfach behandelt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wann und durch wen?	
7. Handelt es sich um eine Erkrankung, die seit längerer Zeit besteht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, seit wann? Datum Wann ist die gravierende Verschlechterung eingetreten? Datum	
8. Bestanden zur Zeit der Reisebuchung ärztlicherseits Bedenken gegen den Antritt der Reise? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wurden Sie als Arzt danach gefragt? Ja, am <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein Durfte der Patient bei Buchung der Reise <u>sicher</u> mit planmäßigem Antritt der Reise rechnen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
9. Wann durfte in Anbetracht der gestellten Diagnose nicht mehr <u>sicher</u> mit planmäßigem Antritt der Reise gerechnet werden? Datum Wenn dieses Datum vom Zeitpunkt des Behandlungsbeginns (Frage 2) abweicht, nennen Sie bitte die Gründe hierfür:	
10. Bemerkungen	
Ort	Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Vorgangs-Nummer (falls bekannt)

Versicherte Person (wenn nicht Patient)

Vorname

Name

Straße

Straße (Forts.)

PLZ

Wohnort

Wohnort (Forts.)