

Schadensanzeige / 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

Herr Frau

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

Vorwahl

Rufnummer

E-Mail-Adresse

Berufliche Tätigkeit: Selbstständig Angestellt Rentner

2. Namen der ReisetTeilnehmer, deren Reise storniert wurde

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wenn mehr als vier Personen die Reise gebucht hatten, geben Sie bitte den Verwandtschaftsgrad an (ggf. Nachweise beilegen).

Verpflichtende Angaben zu weiteren Versicherungen

Besitzen Sie oder ein anderer ReisetTeilnehmer eine weitere Reiserücktritts-Versicherung bei einem anderen Versicherer / Kreditkartenanbieter? Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Unternehmen?

Bitte Versicherungs- oder Kreditkartennummer, ausgebendes Kreditinstitut (Bank, Sparkasse) angeben.

Bitte Name und Anschrift des berechtigten Empfängers der Versicherungsleistung angeben (Abtretungserklärung):

Kontoinhaber

Name und Anschrift des Kreditinstituts

IBAN-Nr. und BIC-Code Ihrer deutschen oder auch internationalen Bankverbindung:

IBAN-Nr.

BIC-Code

oder

Deutsche Bankverbindung (sollten IBAN und BIC nicht vorliegen):

Bankleitzahl

Konto-Nummer

Versicherungsnummer

Wann und wo wurde die Versicherung erworben? Wenn nicht zusammen mit der Buchung, bitte kurze Begründung.

Bitte reichen Sie uns Ihren Versicherungsnachweis ein (z.B. Prämienrechnung, Kontoauszug mit abgebuchter Prämie und ausgewiesenem Versicherungstarif, Buchungsbestätigung mit Versicherungsabschluss, bei einer Jahresversicherung eine Kopie des Versicherungsscheins, Kopie der Kreditkarte ...)

Vorgangs-Nummer (falls bekannt)/

Vorgangs-Nummer Medizinische Stornoberatung

Falls Sie Ihren Schaden bereits online gemeldet haben, bitte angeben

S O N -

Schadenonline-ID

Anlagen:

- Versicherungsnachweis (z. B. Überweisungsprospekt, Prämienrechnung ...)
- Buchungsbestätigung und Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters
- Mietvertrag und Ausfallrechnung des Vermieters
- (Fachärztliches) Attest, Schweigepflichtentbindungserklärung und gegebenenfalls vom Arbeitgeber **abgestempelte** Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- Kopie der Sterbeurkunde
- Kündigungsschreiben des Arbeitgebers
- Nachweis bei Schaden am Eigentum (z. B. polizeiliche Anzeige ...)
- Bei E-Tix Nachweis über Nichtantritt des Fluges bzw. Refundbeleg / Gutschrift der Steuern und Gebühren

Sonstige Unterlagen

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

B Angaben zur stornierten Reise

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Reiseveranstalter	Reiseland	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Die Reise wurde gebucht am	Geplanter Reisebeginn	Geplantes Reiseende
Reiseart:	<input type="checkbox"/> Flugreise <input type="checkbox"/> Bahnreise <input type="checkbox"/> Ferienwohnung/Hotel	
	<input type="checkbox"/> Busreise <input type="checkbox"/> Schiffsreise <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="text"/>	

C Angaben zum Versicherungsfall

1. Warum wurde die Reise storniert?

a) Unerwartete schwere Erkrankung Schwangerschaft Tod Impfunverträglichkeit
 Bruch der Prothese oder Lockerung eines neu implantierten Gelenks
 Unfall Unfalltag Unfallort
 Wurde der Unfall durch Dritte verursacht? Ja (Bitte Unfallbericht beilegen) Nein
Name und Anschrift des Unfallverursachers/Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name/Anschrift/Vertrags-Nr.)

b) Arbeitsaufnahme unerwartete betriebsbedingte Kündigung Arbeitsplatzwechsel

c) Sonstiges
Bitte Grund angeben und Nachweis beifügen

2. Wer hat den Versicherungsfall ausgelöst?

a) Einer der Reisetilnehmer? Ja Nein

Name, Vorname

b) Ein nicht mitreisender Angehöriger? Ja Nein

Name, Vorname

Wie verwandt mit dem Reisetilnehmer? Bitte Nachweis beifügen.

c) Eine Betreuungsperson? Ja Nein
Wer hätte während der Reise betreut werden sollen?

3. a) Wann ist das Ereignis eingetreten, das zur Stornierung geführt hat? Datum

b) Wurde die Medizinische Stornoberatung genutzt
 Nein Ja (wann erfolgte die Meldung?) Datum

c) Wann wurde die Reise storniert? Datum

d) Wenn nicht unverzüglich storniert wurde, bitte Begründung für die Verzögerung angeben.

D Angaben zur Erstattung

Stornokosten bzw. Kosten aufgrund Verspätung öffentlicher Verkehrsmittel €

Selbstbeteiligung €

Dies entspricht % des Reisepreises.

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.

Ort Datum Unterschrift des Reiseanmelders

Die versicherte Person ist verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles die Reise unverzüglich zu stornieren, um die Stornokosten möglichst niedrig zu halten.

Ansprechpartner für Rückfragen (Reisebüro)

Mitarbeiter

Vorwahl

Rufnummer

E-Mail-Adresse

ggf. Stempel

◀ Versichert sind die dem Reiseveranstalter (ggf. Fluglinie, Ferienhausvermieter, Hotel o. ä.) vertraglich geschuldeten Stornogebühren (ohne Telefonkosten, Visagebühren, Ticketrücknahmegebühren, Versicherungsprämien und sonstige Kosten).

Ggf. abtrennen und vom Arzt ausfüllen lassen.

E Erklärungen der versicherten Person

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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. Erhebung von Gesundheitsdaten bei Dritten und Datenübermittlung an Dritte

Zur Prüfung der Leistungspflicht ist es erforderlich, die in der beigefügten Ärztlichen Bescheinigung abgefragten Daten über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse zu erheben und zu verwenden. Zudem kann es erforderlich sein, dass die Europäische Reiseversicherung AG die Angaben, die Ihr Arzt etc. in der beiliegenden Ärztlichen Bescheinigung über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse macht, überprüfen muss.
Für diese Fälle, benötigt die Europäische Reiseversicherung AG Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Aus diesem Grund geben Sie bitte folgende Erklärungen ab:

Ich willige ein, dass die Europäische Reiseversicherung AG – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine, in der beigefügten „Ärztlichen Bescheinigung“ abgefragten, Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich willige zudem ein, dass die ERV im Rahmen dieses Leistungsfalles – soweit es Rückfragen zu den Angaben in der beigefügten „Ärztlichen Bescheinigung“ gibt, weil diese nicht eindeutig sind oder weitere Fragen aufwerfen und soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – weitere Gesundheitsdaten mich betreffend bei dem Arzt/der Ärztin bzw. Pflegeperson sowie Bediensteten von Krankenhäusern, der/die die beigefügte „Ärztliche Bescheinigung“ ausgefüllt hat oder darin benannt wird sowie bei dem/der Arzt/Ärztin, der/die mich im Rahmen des Medizinischen Beratungsservice beraten hat, erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen sowie Behandlungen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Abschluss meines Versicherungsvertrages an die ERV übermittelt werden.
Mir ist bekannt, dass ich die erforderlichen Unterlagen auch selbst beibringen kann.

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.

Ort Datum Unterschrift

30.01.002 (08/14)

Europäische Reiseversicherung AG
Leistungsabteilung
Postfach 800545
81605 München

Diesen Antrag senden Sie bitte an nebenstehende Adresse.



You travel. We care.

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 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 Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

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? Ja Nein

Wann wurde der erste Behandlungstermin vereinbart? Datum

3. Wurde diese Krankheit zuvor bereits einmal / mehrfach behandelt? Ja Nein
Bitte geben Sie den Behandlungszeitraum, den behandelnden Arzt und den Anlaß der Behandlung an.

4. Medikation und therapeutische Maßnahmen:

5. War eine stationäre Behandlung nötig? Ja Nein
Wenn ja, wann und wo?

6. Bestand Arbeitsunfähigkeit? Ja Wenn ja, von bis
(Bitte Kopie der AU-Bescheinigung beilegen.)
 Wenn nein, bitte Begründung

7. Handelt es sich um eine Erkrankung, die seit längerer Zeit besteht? Ja 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? Ja Nein
Wurden Sie als Arzt danach gefragt? Ja, am Nein
Durfte der Patient bei Buchung der Reise sicher mit planmäßigem Antritt der Reise rechnen? Ja Nein

9. Wann durfte in Anbetracht der gestellten Diagnose nicht mehr sicher 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 Datum Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Vorgangs-Nummer (falls bekannt)

Versicherte Person (wenn nicht Patient)

Vorname

Name

Straße

Straße (Forts.)

PLZ

Wohnort

Wohnort (Forts.)