

Schadensanzeige / Reisekranken-Versicherung

Bitte senden Sie alle Unterlagen an:
Europäische Reiseversicherung AG
Leistungsabteilung
Postfach 80 05 45
81605 München
Telefon (0 89) 4166-1799

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

A Allgemeine Angaben

Name der versicherten Person:

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Telefon mit Vorwahl (geschäftlich) Telefon mit Vorwahl (privat)

E-Mail-Adresse

Bitte Name und Anschrift des berechtigten Empfängers der Versicherungsleistung angeben:

Kontoinhaber

Name und Anschrift des Kreditinstituts

Bankleitzahl Konto-Nummer

Bitte unbedingt bei Überweisung außerhalb Deutschlands angeben:

IBAN-Nr. BIC-Code

Versicherungsnummer

Wann und wo wurde die Versicherung erworben?

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...)

B Angaben zur versicherten Reise

Wie wurde die Reise geplant? Reiseveranstalter privat

Geplante Dauer der Reise
Datum von bis

Tatsächlicher Beginn
Datum Uhrzeit

Tatsächliches Ende
Datum Uhrzeit

Anschrift am Ort der Erkrankung / des Unfalls

Besteht im Land der Erkrankung / des Unfalls ein (Zweit-)Wohnsitz? Ja Nein

Vorgangs-Nummer

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

C Angaben zum Versicherungsfall

1. Tag des Krankheitsbeginns bzw. Unfalls

a) Fand eine stationäre Behandlung statt?

Ja Nein

Falls ja, bitte Befundbericht beifügen.

Datum von

bis

Wo?

b) Wie hat die versicherte Person die Rückreise angetreten?

Wie zu Beginn der Reise geplant

Krankenwagen

Flugzeug

Ambulanzflug

Stretcher

Sonstiges

c) Wurde unsere Notrufzentrale eingeschaltet?

Ja

Nein

Falls nicht, bitte Begründung angeben.

2. Nur ausfüllen bei Erkrankung

2.1. Art der Erkrankung (Bitte genaue Krankheitsbezeichnung mit Krankheitsverlauf angeben.)

2.2. Seit wann bestehen die Beschwerden und wann und durch wen wurden diese erstmals behandelt?

2.3. Bei welchen Ärzten stand die erkrankte Person in den letzten 12 Monaten vor Reiseantritt in Behandlung? Wer übernimmt die Weiterbehandlung nach der Rückkehr? (Bitte jeweils Name und Anschrift sowie Behandlungszeitraum und Diagnose angeben. Reicht der Raum nicht aus, bitte gesondertes Blatt beifügen.)

3. Nur ausfüllen bei Unfällen

3.1. Wurde der Unfall durch Dritte verursacht?

Ja Nein

Wenn ja, bitte Name(n) und Anschrift(en) des Unfallverursachers und dessen Haftpflichtversicherung angeben.

3.2. Waren noch andere Personen am Unfall beteiligt?

Ja Nein

Wenn ja, bitte Name(n) und Anschrift(en) der Person(en) angeben.

4. Nur ausfüllen bei Todesfall

4.1. Wann ist die versicherte Person verstorben?

Datum

ggf. Sterbeurkunde beifügen

4.2. Worin lag die Todesursache?

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

4.3. Bitte führen Sie detailliert die entstandenen Kosten auf:

Hierzu sind alle Rechnungen entweder im Original oder in Fotokopie mit dem Erstattungsvermerk eines anderen Versicherers vorzulegen!

Rechnungsart (z.B. für Behandlung oder Medikamente)	Rechnungsdatum	Fremdwährung	Umrechnungskurs	€	bereits bezahlt	
					Ja	Nein
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie wurden die Rechnungen bezahlt (bar, Kreditkarte ...)? Bitte Belege beifügen, bei Barzahlung bitte Währung angeben.

5. Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung geleistet? Ja Nein

5.1. Wenn ja, von wem?

5.2. In welcher Höhe? €

5.3. Wenn (noch) nicht geleistet wurde, ist eine Entschädigung beantragt? Ja Nein

5.4. Wenn ja, bei wem?

Name, Anschrift

D Angaben zu anderen Versicherungen

1. Welcher Krankenkasse (z.B. AOK, DAK, Barmer) bzw. welcher privaten Zusatzversicherung mit Auslandskrankenschutz gehört die erkrankte / verletzte Person an?

Name, Anschrift, Versicherungsnummer / Mitgliedsnummer

2. Besitzt die erkrankte / verletzte Person eine Kreditkarte mit Kranken-, Soforthilfe- oder Reiserücktritts-Versicherung? Ja Nein
(Wenn ja, bitte Name und Kreditkartennummer angeben.)

Kreditkartenunternehmen, Kreditkartennummer, ausgebendes Kreditinstitut (Bank, Sparkasse)

3. Ist für die erkrankte / verletzte Person eine Reiserücktritts-Versicherung oder ein Autoreise-Schutzbrief abgeschlossen worden? Ja Nein
(Wenn ja, bitte Fotokopie des Versicherungsscheines beifügen.)

4. Besteht eine Mitgliedschaft in einem gemeinnützigen Rettungsunternehmen? Ja Nein
(Wenn ja, bitte Name, Anschrift und Mitgliedsnummer angeben.)

Name, Anschrift und Mitgliedsnummer

5. Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal Kosten bei einer Reisekranken-Versicherung geltend gemacht? Ja Nein
Wenn ja, wann und bei welcher Gesellschaft? Was war damals passiert?

E Erklärungen der versicherten Person

1. Schweigepflichtentbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass die ERV Reiseversicherung AG Gesundheitsdaten erheben darf, wenn diese für die Beurteilung Ihrer Leistungspflicht erforderlich sind und ich in die Datenerhebung eingewilligt habe. Daher gebe ich folgende Schweigepflichtentbindungserklärung ab (bitte ankreuzen):

- Zu dem oben genannten Zweck entbinde ich hiermit die von mir unter C. 2.3. und D. dieses Formulars benannten Ärzte und Versicherer sowie die Aussteller der unter C. 4.3. angegebenen Rechnungen von Ihrer Schweigepflicht. Die Mitarbeiter der ERV Reiseversicherung AG entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an diese beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus und ist jederzeit widerrufbar.
- Eine Schweigepflichtentbindungserklärung gebe ich derzeit nicht ab. Satt dessen werde ich im Einzelfall schriftlich erklären, ob ich die entsprechenden Personen bzw. Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Schadensregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit der ERV Reiseversicherung AG führen kann, sofern sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen deren Leistungspflicht nicht oder nur teilweise ermitteln lässt.

2. Abtretungserklärung

Meine Forderungen aus diesem Schaden gegen die gesetzliche oder private Krankenversicherung trete ich bis zur Höhe des gezahlten Betrages an die ERV Reiseversicherung AG ab.

3. Erklärung zur Wahrheitspflicht

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person