

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 - E-Mail-Adresse
 Vorwahl Rufnummer

Berufliche Tätigkeit: Selbstständig Angestellt Rentner

2. Namen der Reisetilnehmer, 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).

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

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? 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 ...)

B Angaben zur stornierten Reise

Reiseveranstalter Reiseland

Die Reise wurde gebucht am Geplanter Reisebeginn Geplantes Reiseende

Reiseart: Flugreise Bahnreise Ferienwohnung/Hotel
 Busreise Schiffsreise Sonstige

Vorgangs-Nummer (falls bekannt)/
Vorgangs-Nummer Medizinischer Beratungsservice

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!

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

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

 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

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

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

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

c) Wann wurde die Reise storniert? Datum

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

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

D Angaben zu weiteren Versicherungen

Besitzen Sie oder ein anderer Reisetilnehmer eine weitere Reiserücktritts-Versicherung? Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Unternehmen?

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

E Angaben zur Erstattung

Stornokosten bzw. Kosten aufgrund Verspätung öffentlicher Verkehrsmittel €

Selbstbeteiligung €

Dies entspricht % des Reisepreises.

Steuern und Gebühren bei Pauschalreisen

Ich habe die in Bezug auf die von mir mitgebuchten Flugtickets in den Stornokosten enthaltenen Steuern und Gebühren von meinem Veranstalter / Airline zurück erhalten und verzichte daher auf eine entsprechende Regulierung. Hierbei handelt es sich um die Luftverkehrssteuer nach dem Luftverkehrsteuergesetz vom 9. Dezember 2010 sowie um Luftsicherheitskosten, Flughafenabgaben und ausländische Steuern. Diese Steuern habe ich im Rahmen meiner Reisebuchung für die mitgebuchten Flugtickets an den Reiseveranstalter bezahlt. Zudem habe ich die Erstattung von Kerosinzuschlägen beantragt und für den mitgebuchten Flug bezahlt.

Ich habe die Steuern und Gebühren (siehe oben) von meinem Veranstalter/Airline nicht zurück erhalten und wünsche daher die Regulierung dieser Kosten durch die ERV. Die ERV möchte anschließend die Steuern/Gebühren von dem Veranstalter / Airline in Höhe ihrer Erstattungsleistung zurück fordern. Zu diesem Zweck trete ich mit meiner Unterschrift meine Ansprüche auf Rückerstattung gegen den Veranstalter/Airline in diesem Umfang an die ERV ab.

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 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.

F 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.

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.

Ort

Datum

Unterschrift

30.01.002 (02/12)


Europäische Reiseversicherung AG
 Leistungsabteilung
 Postfach 8005 45
 81605 München

Diesen Antrag senden Sie bitte an nebenstehende Adresse.

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?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wann wurde der erste Behandlungstermin vereinbart?		Datum	
3. Wurde diese Krankheit zuvor bereits einmal / mehrfach behandelt? Bitte geben Sie den Behandlungszeitraum, den behandelnden Arzt und den Anlaß der Behandlung an.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4. Medikation und therapeutische Maßnahmen:			
5. War eine stationäre Behandlung nötig? Wenn ja, wann und wo?			
6. Bestand Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, von <input type="text"/> bis <input type="text"/> (Bitte Kopie der AU-Bescheinigung beilegen.) <input type="checkbox"/> Wenn nein, bitte Begründung			
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	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.)