

In Kooperation mit:



Meine Reiseversicherung

# Schadensanzeige / Reiserücktritts-Versicherung

Bitte senden Sie alle Unterlagen an:  
Europäische Reiseversicherung AG  
DER Touristik Leistungsservice  
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 Reiseteilnehmern**

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 Reiseteilnehmer, 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

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 ..)

**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 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!

**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 die Medizinische Stornoberatung 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.

**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**

**Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtbindungserklärung**

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

30.01.042 (0413)



Europäische Reiseversicherung AG  
DER Touristik Leistungsservice  
Postfach 8005 45  
81605 München

Diesen Antrag senden Sie bitte an nebenstehende Adresse.

In Kooperation mit:



Meine Reiseversicherung

# 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  
DER Touristik Leistungsservice  
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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein 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.)													