



Ihre Schadensmeldung können Sie auch ganz einfach online vornehmen unter [www.ergo-reiseversicherung.de/Schadensmeldung](http://www.ergo-reiseversicherung.de/Schadensmeldung).

# ERGO

Reiseversicherung

## Schadensanzeige

# Reisekranken-Versicherung

ERGO Reiseversicherung AG  
Leistungsabteilung  
Postfach 80 06 20  
81606 München

Sehr geehrter Kunde,  
leider haben Sie auf Ihrer Reise ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Zur schnellen Bearbeitung Ihres Schadensfalles brauchen wir von Ihnen nachfolgende Angaben. Bitte füllen Sie die Schadensanzeige vollständig aus. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

\_\_\_\_\_  
Vorgangs-Nr. (falls bekannt)

\_\_\_\_\_  
Versicherungs-Nr.

### 1. Allgemeine Angaben

Herr  Frau

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefon- / Mobil-Nummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

Bitte geben Sie für die Erstattung Ihre Bankverbindung an.

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts

\_\_\_\_\_  
IBAN:

\_\_\_\_\_  
BIC-Code:

### 2. Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zu.

Versicherungsnachweis (z. B. Prämienrechnung, Kontoauszug mit abgebuchter Prämie, Buchungsbestätigung mit Versicherungsabschluss, Versicherungsschein)

Rechnungsbelege

**Bitte die Unterlagen nicht heften oder klammern!**  
**Danke für Ihre Mithilfe.**

### 3. Angaben zum Versicherungsfall

---

Wie lange war der Behandlungszeitraum? \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Hat eine stationäre Behandlung stattgefunden?  Ja  Nein  
Falls ja, bitte Befund-Bericht beifügen.

Wie lange hat die stationäre Behandlung gedauert? \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wo hat die stationäre Behandlung stattgefunden? Bitte Name und Anschrift angeben.  
\_\_\_\_\_

Wurde unsere Notrufzentrale eingeschaltet?  Ja  Nein

Falls die Notrufzentrale nicht eingeschaltet wurde, geben Sie bitte die Begründung dafür an.  
\_\_\_\_\_

Bitte führen Sie genau und ausführlich die entstandenen Kosten auf. Legen Sie alle Rechnungen im Original bei. Haben Sie die Originale bereits einem anderen Versicherer eingereicht? Dann bitte die Fotokopien mit dem Erstattungsvermerk des Versicherers beifügen.

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

(falls der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei)

Wie wurden die Rechnungen bezahlt?  bar  EC-Karte  Kreditkarte  \_\_\_\_\_

Bitte fügen Sie die entsprechenden Belege bei. Bei Barzahlung bitte auch die Währung angeben, in der Sie die Rechnung bezahlt haben.

Wurden von anderer Seite bereits eine Entschädigung gezahlt, z. B. einem anderen Versicherer?  
\_\_\_\_\_

Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

In welcher Höhe wurde eine Entschädigung gezahlt? \_\_\_\_\_ Euro

Wenn (noch) keine Entschädigung bezahlt wurde, ist eine beantragt worden?  Ja  Nein

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

Bitte nennen Sie Name und Anschrift.  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 4. Angaben zu anderen Versicherungen

---

1. Welcher Krankenkasse (z. B. AOK, DAK, Barmer) bzw. welcher privaten Zusatzversicherung mit Auslandskrankenschutz gehört die erkrankte / verletzte Person an? Die Angaben werden wegen eines versicherungsinternen Ausgleichs benötigt.

---

Name, Anschrift, Versicherungsnummer / Mitgliedsnummer

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

---

Kreditkartenunternehmen, Kreditkartennummer, ausgebendes Kreditinstitut (Bank, Sparkasse)

3. Ist für die erkrankte / verletzte Person eine Reiserücktritts-Versicherung oder ein Autoreise-Schuttbrief abgeschlossen worden? (Wenn ja, bitte Fotokopie des Versicherungsscheines beifügen.)  Ja  Nein
4. Besteht eine Mitgliedschaft in einem gemeinnützigen Rettungsunternehmen? (Wenn ja, bitte Name, Anschrift und Mitgliedsnummer angeben.)  Ja  Nein

---

Name, Anschrift und Mitgliedsnummer

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

### Information zum Datenschutz

Wir als Versicherer benötigen Daten von Kunden und weiteren Personen, um Ihre Schadenanzeige bearbeiten zu können. Bei der Verarbeitung dieser Daten beachten wir die Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Sie haben u. a. ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten und auf Einschränkung der Verarbeitung. Ausführliche Informationen finden Sie unter [www.ergo-reiseversicherung.de](http://www.ergo-reiseversicherung.de) in der Rubrik „Datenschutz“.

### **Mitteilung über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall (§28 Abs. 4 VVG).**

---

Machen Sie vorsätzlich falsche oder unwahre Angaben, oder verstoßen Sie vorsätzlich gegen Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

---

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers

## Erklärungen der versicherten Person

### Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten das genannte Angebot bei der Leistungsbearbeitung in der Regel nicht genutzt werden kann.

#### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ERGO Reiseversicherung AG.

Ich willige ein, dass die ERGO Reiseversicherung AG (ERV) die im Rahmen dieses Leistungsfallles mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht erforderlich ist.

#### 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ERV.

Die ERV verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

##### 2.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung.

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die ERV benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die ERV meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die ERV zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ERV tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

##### 2.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen).

Die ERV führt bestimmte Aufgaben wie zum Beispiel die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der ERGO Versicherungsgruppe AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die ERV Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die ERV führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die ERV erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Dienstleisterliste der ERV kann im Internet unter [https://www.ergo-reiseversicherung.de/\\_pdf/datenschutz/liste-der-dienstleister.pdf](https://www.ergo-reiseversicherung.de/_pdf/datenschutz/liste-der-dienstleister.pdf) eingesehen oder über [contact@ergo-reiseversicherung.de](mailto:contact@ergo-reiseversicherung.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die ERV Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die ERV meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die ERV dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ERGO Versicherungsgruppe AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### Einwilligung in die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail bei der Regulierung eines Leistungsfallles.

- Einwilligung in die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail bei der Regulierung meines Leistungsfallles.  
Mir ist bekannt, dass beim E-Mail-Versand unter Umständen unbefugte Dritte vom Inhalt Kenntnis nehmen können.

Ich willige ein, dass die Kommunikation über meine E-Mail-Adresse  per unverschlüsselter E-Mail bei der Regulierung meines Leistungsfallles erfolgt. Diese Einwilligung erstreckt sich ausdrücklich auch auf Gesundheitsdaten. Ich kann diese Einwilligung jederzeit unter [leistung@ergo-reiseversicherung.de](mailto:leistung@ergo-reiseversicherung.de) oder +49 89 4166-1799 widerrufen.

- Ich möchte die Regulierung per Briefpost durchführen.

#### Datenweitergabe im Regressfall

Wir informieren Sie zudem hiermit, dass zur Geltendmachung und zur Abwehr von Regressansprüchen bezüglich des Leistungsfallles persönliche (Gesundheits-) Daten im erforderlichen Umfang von Privatversicherern sowie gesetzlichen Krankenkassen erhoben und an Privatversicherer, Unfallversicherer, 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 des Antragstellers \_\_\_\_\_