

# Schadensanzeige / Reiseabbruch-Versicherung

Bitte senden Sie alle Unterlagen an:  
Europäische Reiseversicherung AG  
Leistungsabteilung  
Postfach 80 05 45  
81605 München

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

Telefon +49 (0) 89 4166 -1799  
E-Mail: leistung@erv.de

A Angaben zu den Reiseteilnehmern	
1. Reiseanmelder, der diese Schadensanzeige ausfüllt bzw. unterschreibt	
Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Geburtsdatum
Telefon	
Vorwahl	Rufnummer (geschäftlich)
Vorwahl	Rufnummer (privat)
E-Mail-Adresse	
2. Namen der Reiseteilnehmer, welche die Reise ebenfalls abgebrochen oder die Rundreise unterbrochen haben	
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).	
<b>Bitte Name und Anschrift des berechtigten Empfängers der Versicherungsleistung angeben (Abtretungserklärung):</b>	
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?	
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 abgebrochenen Reise	
Reiseveranstalter	Reiseland
Die Reise wurde gebucht am	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	

Vorgangs-Nummer (falls bekannt)

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

C Angaben zum Versicherungsfall

1. Wurde die Reise abgebrochen? Wenn ja, wann?

T T M M J J J J J J

Datum

2. Wurde die Rundreise unterbrochen? Falls ja, bitte Zeitraum angeben.

T T M M J J J J J J T T M M J J J J J J

Datum von bis

3. Was war der Grund des Reiseabbruchs / der Reiseunterbrechung?

- Unerwartete schwere Erkrankung, Tod, Schaden am Eigentum, Unfall: Wer hat den Unfall verschuldet?

Name und Anschrift des Unfallverursachers

- Bruch einer Prothese oder Lockerung eines implantierten Gelenks

Sonstiges

4. 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? Lebensgefährte in gemeinsamer Wohnung? (Bitte Nachweis beifügen)

- c) Eine Betreuungsperson? Ja, Nein

Name, Vorname

Wer wurde betreut?

5. Sind Kosten durch den Reiseabbruch bzw. durch die Unterbrechung der Rundreise angefallen? Wenn ja, welche?

Nicht versichert sind: Telefonkosten, Kurtaxe, Visagebühren, etc.

(bitte entsprechende Nachweise / Rechnungen beifügen)

6. Aufstellung der nicht in Anspruch genommenen Reiseleistungen bei Reiseabbruch

Die Reise gilt an dem Tag als abgebrochen, an dem die außerplanmäßige Heimreise angetreten wird.

(bitte entsprechende Nachweise / Rechnungen beifügen)

7. Aufstellung der entstandenen Mehrkosten bei verlängertem Aufenthalt

(bitte entsprechende Nachweise / Rechnungen beifügen)

Anlagen:

- Versicherungsnachweis (z.B. Prämienrechnung), Buchungsbestätigung / Mietvertrag des Reiseveranstalters, Aufstellung des Reiseveranstalters, über die nicht genutzten Reiseleistungen (inkl. Rückerstattung), Bescheinigung des Vermieters, wann das Mietobjekt tatsächlich verlassen wurde, Nicht genutzte Flugscheine oder Fahrausweise / zusätzlich erworbene Flugscheine oder Fahrausweise, Ärztliches Attest des am Urlaubsort behandelnden Arztes, Sonstige Unterlagen

Ansprechpartner für Rückfragen (Reisebüro)

Mitarbeiter

Vorwahl

Rufnummer

ggf. Stempel

D Angaben zu weiteren 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

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

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

Ja  Nein

Kreditkartenunternehmen, Kreditkartennummer, ausgebendes Kreditinstitut (Bank, Sparkasse)

#### 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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift des Reiseteilnehmers

#### E Erklärungen der versicherten Person

##### Schweigepflichtentbindungserklärung / Datenschutz

Die beiliegende „Schadensanzeige“ wurde mir im Rahmen der Geltendmachung von Leistungsansprüchen aus der Reiseabbruch-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 „Schadensanzeige“ ausgestellt hat oder darin benannt wird, 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.

##### 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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift

Europäische Reiseversicherung AG  
Leistungsabteilung  
Postfach 800545  
81605 München

Diesen Antrag senden Sie bitte an nebenstehende Adresse.