



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



Reiseversicherung

## Schadensanzeige

# Reiserücktritts- und Storno-Versicherung

ERGO Reiseversicherung AG  
Leistungsabteilung  
Postfach 80 06 20  
81606 München

Sehr geehrter Kunde,  
leider haben Sie Ihre Reise stornieren 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. Angaben zu den Reisetteilnehmern

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:

Für welche Reiseteilnehmer wurde die Reise storniert? Bitte geben Sie Namen und Geburtsdatum an.

## 2. Angaben zur Reise

Reiseveranstalter

Reiseland

Geplanter Reisebeginn

Geplantes Reiseende

Gebucht am

Storniert am

Datum Eintritt des Ereignisses, das zur Stornierung geführt hat

### 3. Angaben zu den Stornokosten

---

Versichert sind die vertraglich geschuldeten Stornokosten des Reiseveranstalters. Die gebuchten Leistungen sind beim Reiseveranstalter zu stornieren. Ihr Reisebüro ist Ihnen sicher dabei behilflich. Bitte reichen Sie in jedem Fall **sämtliche** Buchungs- und Stornounterlagen ein.

Höhe der Stornokosten / Mehrkosten

\_\_\_\_\_ Euro \_\_\_\_\_ Euro  
\_\_\_\_\_ Euro \_\_\_\_\_ Euro

### 4. Wer hat den Versicherungsfall ausgelöst?

---

Bitte geben Sie Namen, ggf. Verwandtschaftsgrad und Anschrift an.

Reiseteilnehmer  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Nicht mitreisender Angehöriger  Ja  Nein \_\_\_\_\_

### 5. Grund der Stornierung

---

- Krankheit  Unfall  Impfunverträglichkeit  Schwangerschaft  Lockerung eines implantierten Gelenks  
 Bruch von Prothesen  Tod  Weitere \_\_\_\_\_

**Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen „Ärztliche Bescheinigung“ vom behandelnden Arzt ausfüllen.**

Wenn der Versicherungsfall **durch Dritte** verschuldet wurde, geben Sie bitte Name und Anschrift dieser Person, sowie den Namen der gegnerischen Haftpflicht-Versicherung mit Schadensnummer an.

Schadensnummer \_\_\_\_\_

Bei allen **weiteren Rücktrittsgründen** senden Sie uns bitte geeignete Nachweise ein (z. B. Sterbeurkunde, Polizeianzeige, neuer Arbeitsvertrag bzw. Kündigungsschreiben des bisherigen Arbeitgebers, etc.)

### 6. Verpflichtende Angaben zu weiteren Versicherungen.

---

Besitzen Sie, oder ein anderer Reiseteilnehmer, eine weitere Reiserücktritts-Versicherung bei einem anderen Versicherer / Kreditkartenanbieter?  Ja  Nein

Bitte Versicherungs- / oder Kreditkarten-Nummer angeben. \_\_\_\_\_

#### 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 \_\_\_\_\_

Bitte vollständig vom Arzt ausfüllen lassen und zurückschicken an:

ERGO Reiseversicherung AG, Leistungsabteilung  
Postfach 80 06 20, 81606 München

**ERGO**

Reiseversicherung

# Ärztliche Bescheinigung Reiserücktritts-Versicherung

Vorgangs-Nr.

Versicherungs-Nr.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Vollständige Anschrift

Attestierung für Reise nach

Reisezeitraum

## 1) Welche Diagnose zur Erkrankung / zum Unfall führte zur Absage der Reise? Wann erkrankte der Patient / die Patientin? Wann ereignete sich der Unfall?

Diagnose

ICD

Datum

Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmals ein Arzt aufgesucht?

Datum \_\_\_\_\_

## 2) Haben in den letzten 6 Monaten vor Reisebuchung ärztliche Behandlungen stattgefunden?

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Nein

Behandlungen / Therapien / Medikationen

Datum

Behandlungen / Therapien / Medikationen	Datum

(gegebenenfalls gesondertes Blatt beifügen)

## 3) Bestand eine Arbeitsunfähigkeit?

Ja  Nein Bitte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beifügen

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## 4) War eine stationäre Behandlung notwendig?

Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_  Nein

## 5) Bei Schwangerschaft:

a) Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt? \_\_\_\_\_ (Datum mit Angabe der Schwangerschaftswoche)

b) Führten Komplikationen zur Reiseabsage? Welche? \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

## 6) Bei psychischen Erkrankungen:

a) Wurde ein Antrag beim Krankenversicherungsträger für eine ambulante Psychotherapie gestellt? Bitte Nachweis über die Genehmigung beifügen.  Ja  Nein

b) Erfolgte eine Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie? Bitte Nachweis beifügen.  Ja  Nein

## 7) Wann war in Anbetracht der gestellten Diagnose nicht mehr sicher, dass die Reise planmäßig angetreten werden kann?

Datum \_\_\_\_\_

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

## 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, 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 des Antragstellers