

2. Verpflichtende Angaben zu weiteren Versicherungen.

Hatten Sie oder Ihre Reisebegleitung das Reisegepäck noch anderweitig versichert? Ja Nein
(z. B. Kreditkarte, durch Gruppen-Reisegepäck-Versicherung eines Unternehmens, Versicherung einer anderen Person, Schmuck- oder Fotoapparat-Versicherung, Hausratversicherung, etc.)

Bitte Versicherungsnummer und Kreditinstitut (Bank, Sparkasse) angeben.

Wurde der Schaden ggf. dort gemeldet? Ja Nein

3. Angaben zur Reise

Geplante Dauer der Reise

Datum von _____ bis _____

Tatsächlicher Reisebeginn

Datum _____ Uhrzeit _____

Tatsächliches Reiseende

Datum _____ Uhrzeit _____

Womit wurde die Reise durchgeführt?

Flugzeug Bahn PKW Sonstiges _____

Anzahl der mitgeführten Gepäckstücke

Koffer / Taschen _____ Sonstiges _____

4. Angaben zum Versicherungsfall

Wann ist der Schaden eingetreten?

Datum _____ zwischen / um _____ Uhrzeit _____ und _____ Uhrzeit _____

Wann wurde der Schaden festgestellt?

Datum _____ um _____ Uhrzeit _____

Bitte beschreiben Sie die Art des Schadens bzw. des Verlustes mit allen Begleitumständen so genau wie möglich.
(Falls der Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei)

Nur auszufüllen bei Schäden an aufgegebenem Reisegepäck

Wurde der Schaden dem Transportunternehmen / Beherbergungsbetrieb gemeldet? Ja Nein

Wann?

Datum _____ Uhrzeit _____

Nur ausfüllen bei Schäden an mitgeführtem Reisegepäck

Der Schaden entstand durch

Einbruchdiebstahl Diebstahl Raub Unfall des Transportmittels Feuer Elementarereignis

5. Angaben zum Schaden

Bitte führen Sie detailliert alle abhanden gekommenen oder beschädigten Gegenstände auf – hierzu sind Anschaffungsbelege (Rechnungen, Kaufquittungen bzw. Kaufvertrag, Lieferschein, Kreditkartenabbuchung oder nachträgliche Kaufbestätigung sowie ggf. Reparaturrechnung oder Kostenvoranschlag, Gutachten über die Beschädigung) möglichst im Original vorzulegen. Im Falle einer Lieferfristüberschreitung führen Sie bitte hier die getätigten Ersatzkäufe auf und legen die Rechnungen im Original bei.

Gegenstand	Anschaffungszeitpunkt	Anschaffungspreis in Euro	Beleg beigefügt	Wert unter Berücksichtigung der Abnutzung (Zeitwert)
			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 <input type="checkbox"/>	
			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

Summe

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

Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung gemeldet?

Ja Nein

Wenn ja, von wem?

In welcher Höhe?

Euro

Wenn (noch) nicht geleistet wurde, ist eine Entschädigung beantragt?

Ja Nein

Wenn ja, bei wem?

Nachträgliches Erstattungsschreiben bitte nachreichen.

6. Angaben zu früheren Reisegepäckschäden

Hatten Sie oder Ihre Reisebegleitung in den letzten 5 Jahren Reisegepäckschäden?

Ja Nein

Falls ja, wann (bitte alle Schäden angeben; evtl. gesondertes Blatt beifügen)

Schadenshöhe

Euro

Schadensursache

Wer genau war Anspruchsteller?

Name

Vorname

Anschrift

Haben Sie oder der Anspruchsteller eine Entschädigung erhalten?

Ja Nein

Falls ja, in welcher Höhe wurde eine Entschädigung geleistet?

Euro

Wer genau war Anspruchsteller?

Name

Vorname

Diese Schadensanzeige wurde ausgefüllt von

Datum

Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zu.

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Schaden an aufgegebenen Reisegepäck | ▶ | Bitte senden Sie uns eine schriftliche Bestätigung des Transportunternehmens / Beherbergungsbetriebs über die Beschädigung oder den entgeltigen Verlust zu. |
| <input type="checkbox"/> | Schaden an mitgeführtem Reisegepäck | ▶ | Bitte senden Sie uns im Original eine schriftliche Bestätigung zu. Aussteller kann sein: Polizeidienststelle, Hotel- / Reiseleitung, Fluggesellschaft, Parkplatz / Campingplatz-Aufsicht. |
| <input type="checkbox"/> | Bei Lieferfristüberschreitung | ▶ | Bitte senden Sie uns sämtliche Originalrechnungen über die getätigten Ersatzkäufe zu und das Schadensprotokoll des Beförderungsunternehmens. |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige Gründe | ▶ | Bitte senden Sie uns geeignete Nachweise. |

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

Belehrung zur Wahrheitspflicht, Auskunfts- und Aufklärungsobligenheiten, Vorlage von Belegen.

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

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.

Hinweis

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

Ort	Datum	Unterschrift des Antragstellers
-----	-------	---------------------------------

Erklärungen der versicherten Person

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung.

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. 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.reiseversicherung.de/_pdf/datenschutz/liste-der-dienstleister.pdf eingesehen oder über contac@erv.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an 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 Leistungsfalls.

- Einwilligung in die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail bei der Regulierung meines Leistungsfalls.
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 Leistungsfalls erfolgt. Diese Einwilligung erstreckt sich ausdrücklich auch auf Gesundheitsdaten. Ich kann diese Einwilligung jederzeit unter leistung@erv.de oder 089 / 4166-1799 widerrufen.
- Ich möchte die Regulierung per Briefpost durchführen.

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.