



### 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 die 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, Kreditkarte etc.)?  
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 Versicherern

Bei welcher Krankenkasse (z. B. AOK, DAK, Barmer GEZ) ist die erkrankte / verletzte Person versichert?  
Hat die erkrankte / verletzte Person eine private Zusatzversicherung mit Auslandskrankenschutz?  
Die Angaben werden für einen versicherungsinternen Ausgleich benötigt.

\_\_\_\_\_

Name, Anschrift, Versicherungs-Nr. / Mitglieds-Nr.

Besitzt die erkrankte / versicherte Person eine Kreditkarte mit Kranken- und Soforthilfe oder Reiserücktritts-Versicherung?  
Wenn ja, geben Sie bitte Name und Kreditkarten-Nr. an.

## 5. Erklärung der versicherten Person

### 1. Schweigepflichtentbindungserklärung

a.) Die beiliegende „Schadensanzeige“ wurde mir im Rahmen der Geltendmachung von Leistungsansprüchen aus der Reisekranken-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 den in diesem Formular benannten Ärzten und Versicherern sowie den Ausstellern der angegebenen Rechnungen erheben darf.

Hierzu befreie ich die Genannten / die Angehörigen der Genannten von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Die Mitarbeiter der ERV entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an diese beratenden externen Ärzte bzw. medizinischen 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.

b.) Ich willige zudem ein, dass die 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 den behandelnden Ärzten und Krankenhäusern die nicht in der beiliegenden „Schadensanzeige“ aber in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der medizinischen Versorgung im Rahmen dieses Leistungsfalles beteiligt waren, erheben darf. Hierzu befreie ich die Genannten von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Die Mitarbeiter der ERV entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an diese beratenden externen Ärzte bzw. medizinischen Gutachter übermittelt werden.

Mit meiner Unterschrift gebe ich die im vorstehenden Absatz genannte Schweigepflichtentbindung ab.

Sie werden vor einer Erhebung nach dem vorstehenden Absatz unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

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.

### 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](mailto:leistung@erv.de) oder 089 / 41 66 - 1 799 widerrufen.

Ich möchte die Regulierung per Briefpost durchführen.

### 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.

### 2. Datenschutz

Wir informieren Sie hiermit, dass zur Geltendmachung und zur Abwehr von Regressansprüchen bezüglich des Leistungsfalles persönliche (Gesundheits-) Daten im erforderlichen Umfang von behandelnden Ärzten und Krankenhäusern erhoben und an Personenversicherer (z. B. private Krankenversicherung), gesetzliche Krankenkassen oder Unfallverursacher übermittelt werden können.

### 3. 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.

---

Ort

Datum

Unterschrift