

2. Angaben zur geschädigten /verletzten Person

Name Vorname

Straße Haus-Nr.

PLZ Ort Geburtsdatum

Vorwahl Rufnummer (geschäftlich) (privat)

Besteht zwischen Ihnen und der geschädigten Person ein/eine Wenn ja, welches?

Familien- oder Verwandtschaftsverhältnis? Ja Nein

Arbeits-, Lohn oder sonstiges Vertragsverhältnis? Ja Nein

Häusliche Gemeinschaft? Ja Nein

War die geschädigte Person mit Ihnen auf Reisen? Ja Nein

Wenn ja, während der gesamten Reise? Ja Nein

An welchen Orten?

3. Verpflichtende Angaben zu weiteren Versicherungen

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

Sind die beschädigten Sachen über andere Versicherungen versichert, z. B. über eine Reisegepäck-, Hausrat-Versicherung oder Ähnliches? Ja Nein

Wenn ja, welcher Reisetilnehmer bei welchem Unternehmen? Bitte Policennummer(n) und Anschrift(en) der Versicherungsgesellschaft(en), ggf. Vertragskopie(n) angeben.

Wurde der Schaden ggf. dort gemeldet? Ja Nein

4. Angaben zum Schadenhergang – Wie kam es zu dem Schadenfall?

Bitte den Hergang so ausführlich wie möglich schildern. Sofern der Platz nicht ausreicht, nutzen Sie bitte ein separates Blatt, auch für Ihre Skizzen. Wenn Sie Fotos gemacht haben, schicken Sie uns diese bitte mit. Vielen Dank.

Wurde der Schaden von der Polizei aufgenommen? Ja Nein
Wenn ja, bitte Anschrift der Dienststelle, Telefon-Nr. und Aktenzeichen / Tagebuch-Nr. angeben:

Wurde eine gebührenpflichtige Verwarnung ausgesprochen? Ja Nein

Wurde ein Straf- oder Bußgeldverfahren eingeleitet? Ja Nein

Gibt es Augenzeugen für den Schadenhergang? Ja Nein

Wenn ja, nennen Sie uns bitte Adresse, Telefon-Nr.

Weitere Zeugen notieren Sie bitte auf einem gesonderten Blatt. Vielen Dank.

Waren noch andere Personen am Geschehen beteiligt? Ja Nein

Welche Person hat den Schaden verursacht?
Name, Anschrift, Geburtsdatum, Beruf

Mit welcher Begründung wird Ihnen – oder einem Familien- / Betriebsangehörigen – die Schuld am verursachten Schaden angelastet?

Bei Betriebsangehörigen als Schadenverursacher: Welche Funktion nimmt der Verursacher des Schadens im Betrieb wahr?

Hat die / der Geschädigte den Schaden ganz oder teilweise selbst verschuldet? Ja Nein

Wurden bereits Schadenersatzansprüche an Sie gestellt? Ja Nein
Entsprechende Schriftstücke bitte beifügen. Danke.

Wenn ja wann? Datum _____

Haben Sie der / dem Geschädigten gegenüber eine Schadenersatzpflicht anerkannt? Ja Nein

Haben Sie der / dem Geschädigten bereits Zahlungen geleistet? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Höhe? Betrag in € _____

Sind Sie einverstanden, dass im Falle einer Schadenersatzpflicht die Entschädigung an die / den Geschädigte/n oder an den empfangsberechtigten Dritten gezahlt wird? Ja Nein

Machen Sie ggf. eigene Ansprüche geltend? Ja Nein

Wenn ja, gegen _____

Haben Sie einen Anwalt beauftragt?

Ja Nein

Wenn ja, nennen Sie Name, Anschrift und Telefon-Nr.

5. Angaben zu Sachschäden

Welche Sache wurde beschädigt? Bitte beschreiben Sie kurz Art und Umfang der Beschädigung.

Wann und zu welchem Preis sind die beschädigten Gegenstände / der Gegenstand angeschafft worden?

Wie hoch war der Kaufpreis der beschädigten Sache? Betrag in € _____

War die beschädigte Sache von Ihnen? Bitte machen Sie genauere Angaben dazu. Ist eine Reparatur möglich?

Oder war die beschädigte Sache gemietet gepachtet geliehen in Verwahrung?

War die beschädigte Sache vor Eintritt des Schadens bereits abgenutzt und / oder beschädigt?

Ja Nein

Bitte machen Sie zu Abnutzung und / oder Beschädigung nähere Angaben.

6. Angaben zu Personenschäden

Welche Verletzung hat die geschädigte Person? Bitte beschreiben Sie die Art der Verletzung so genau wie möglich. Vielen Dank.

Welche Ärzte behandelten die verletzte Person am Schadenort? Bitte Namen, Anschrift, Tel.-Nr. und Fachrichtung angeben.

Welche Ärzte behandelten die verletzte Person am Heimatort?
Bitte Namen, Anschrift, Telefon-Nr. und Fachrichtung angeben.

War ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig?

Ja Nein

Name und Adresse des Krankenhauses

Zeitraum des Krankenhausaufenthaltes von _____ bis _____

Alter der verletzten Person: _____

Familienstand der / des Verletzten: _____

Krankenkasse der / des Verletzten: _____

Besteht Anspruch auf Entschädigung der verletzten Person von Seiten Dritter,
wie z. B. Krankenkasse, Berufsgenossenschaft oder dergleichen?

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 in der Rubrik „Datenschutz“.

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

Belehrung zur Wahrheitspflicht, Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, 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.

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 eingesehen oder über 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 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