

Ärztliche Bescheinigung

i Bitte lassen Sie das Formular vollständig von Ihrem behandelnden Arzt ausfüllen und reichen Sie es zusammen mit der **Schadenmeldung** ein. Bei Antwort auf einen bestehenden Schadenfall alternativ per E-Mail an **leistung@ergo-reiseversicherung.de**

1. Patientendaten

Schadennummer / Vorgangsnummer (falls bekannt)	Versicherungsnummer / Name Kreditkarte / Name Veranstalter	
Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	PLZ	Ort

2. Attestierung für folgende Reisedaten

Reiseziel	Reisezeitraum
-----------	---------------

3. Welche Diagnose führte zur Absage der Reise?

Diagnose (ICD)	Datum des Ereignisses	Datum der ersten Behandlung
----------------	-----------------------	-----------------------------

4. Gab es in den letzten 6 Monaten ärztliche Vorbehandlungen vor Reisebuchung?

Nein	Ja	Falls ja, bitte Details (Diagnose / Therapie)
Nein	Ja	Falls ja, bitte Details (Diagnose / Medikation)

5. Verlauf / Einschränkungen

Bestand eine Arbeitsunfähigkeit?	Nein	Ja	Zeitraum	④ Wenn Arbeitsunfähigkeit ja, dann Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beifügen
War eine stationäre Behandlung notwendig?	Nein	Ja	Zeitraum	

6. Bei Schwangerschaft (falls zutreffend)

Feststellungsdatum mit Angabe der Schwangerschaftswoche	Gab es Komplikationen, die zur Reiseabsage führten?	Nein	Ja	(bitte Diagnose angeben)
---	---	------	----	--------------------------

7. Bei psychischen Erkrankungen (falls zutreffend)

Antrag auf Psychotherapie gestellt?	Nein	Ja	Fachärztliche Behandlung erfolgt?	Nein	Ja	Stationäre Behandlung erfolgt?	Nein	Ja
④ Wenn ja, dann Nachweis beifügen								

8. Reiseunfähigkeit

Datum, ab dem aus medizinischer Sicht erkennbar war, dass die Reise nicht angetreten werden konnte	④ Wenn Reiseunfähigkeit, dann Reiseunfähigkeitsbescheinigung beifügen
--	---

9. Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort, Datum	Stempel, Unterschrift
------------	-----------------------

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 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 www.ergo-reiseversicherung.de/dienstleister 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 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@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 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.

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