



BD24 Berlin Direkt Versicherung AG

Wrangelstr. 100
 10997 Berlin

Oder einfach per E-Mail an:

schaden@berlin-direktversicherung.de

| Name und Anschrift des Versicherungsnehmers: | |
|--|-----------|
| Vorname: | |
| Nachname: | |
| Straße: | Haus-Nr.: |
| PLZ: | Wohnort: |
| Telefonnummer: | |
| E-Mailadresse: | |

VERSICHERUNGSNUMMER: _____

SCHADENANZEIGE ZUR REISE-KRANKENVERSICHERUNG

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,
 bitte füllen Sie alle Felder vollständig und gut lesbar aus. Beachten Sie bitte, dass Sie durch falsche oder unvollständige Angaben Ihren Versicherungsschutz verlieren können (lesen Sie hierzu auch den Abschnitt „Hinweis über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall“, auf Seite 6).

Angaben zur erkrankten Person und zur Reise:

- Name und Vorname der erkrankten Person:

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Beruf/ausgeübte Tätigkeit zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles: _____

Arbeitgeber zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles: _____

- Wo und wie ist die betroffene Person erreichbar? (Bitte ausfüllen sofern abweichend vom Versicherungsnehmer.)

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Land: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

- Reisebeginn: _____ Geplantes Reiseende: _____

- Was war der Anlass der Reise?

Urlaubsreise Geschäftsreise Sonstiges: _____

- In welchem Land wurden Sie behandelt? _____

- Besteht für Sie in diesem Land ein (weiterer) Wohnsitz? Nein Ja

Anschrift: _____



- Wenn ja, teilen Sie uns bitte Behandlungszeiträume sowie die behandelnden Ärzte mit.

(Name, Anschrift und Telefonnummer)

- Nur bei einem Rücktransport:

Aus welchen Gründen erfolgte der Rücktransport? Bitte fügen Sie medizinische Berichte bei.

- Mit welchen Personen wurde die Reise angetreten?

(Name und Anschrift)

- Nur im Todesfall:

Geben Sie bitte das Todesdatum und die Todesursache an. Fügen Sie bitte eine Kopie der Sterbeurkunde bei.

Angaben zu weiteren Versicherungen:

- Besteht für die betroffene Person anderweitig Versicherungsschutz für Auslandsreisen, z. B. über eine Kreditkarte (EuroCard, VISA, Amex, Diners, Barclay-Card), über eine Mitgliedschaft (ADAC, ASB, DRK) oder über eine andere Vereinigung mit Rettungsdienstleistungen?

Nein Ja

- Falls ja, nennen Sie uns bitte die Mitgliedsnummer / Kreditkartennummer und den Namen des Kreditkarteninstitutes/ Rettungsdienstes.

- Wurde der Schadenfall ggf. dort gemeldet? Nein Ja

- Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung bzw. über welche anderen Verträge ist oder waren die betroffene Person bei Reiseantritt krankenversichert (auch Zusatzversicherungen zur gesetzlichen Krankenkasse)?

(Name, Anschrift und Vertragsnummer)

- Sind die uns eingereichten Rechnungsunterlagen noch bei einer anderen Versicherung eingereicht worden?

Nein Ja **Falls ja**, fügen Sie bitte eine Kopie des Abrechnungsschreibens der anderen Versicherung bei.

- Haben Sie in den letzten 3 Jahren bei einem anderen Versicherer Rechnungen aus dem Ausland zur Erstattung eingereicht?

Nein Ja **Falls ja**, geben Sie bitte das Jahr, Behandlungsland, Name, Adresse und Vertragsnummer der entsprechenden Versicherung an.



Angaben bei einem Unfall

- Unfallort: _____

 (Straße, Hausnummer, Ort)
- Datum: _____ Uhrzeit: _____
- Bitte schildern Sie den Unfallhergang und die Art der Verletzung:

- Wurde der Unfall durch (eine) andere Person(en) herbeigeführt? Nein Ja, durch:

 (Name(n) und Anschrift(en))
- Passierte der Unfall am Arbeitsplatz während der Arbeitszeit, bzw. in der Schule während der Unterrichtszeit oder einer Schulveranstaltung?
 Nein Ja
- Passierte der Unfall auf dem Weg zur Arbeitsstätte/Schule oder auf dem Weg von dort nach Hause?
 Nein Ja
- Wurden die Rechnungen über die Unfallbehandlung bereits dem Unfallverursacher bzw. dessen Haftpflichtversicherung zur Erstattung vorgelegt?
 Nein Ja und zwar bei:

 (Name, Anschrift, Versicherungsnummer der Haftpflichtversicherung)
- Gibt es Zeugen für den Unfall?

 (Name und Anschrift)
- Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? Nennen Sie uns bitte die Anschrift der Polizeidienststelle sowie das Aktenzeichen und fügen bitte eine Kopie des Polizeiprotokolls mit bei.

 (Anschrift und Aktenzeichen)

Erstattungskonto:

Kostenerstattungen überweisen wir ausschließlich auf das Konto des Versicherungsnehmers.

IBAN: _____
BIC: _____
Bankname: _____
Kontoinhaber: _____



Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zu, damit wir den Schadenfall für Sie bearbeiten können:

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Reise-Buchungsbestätigung | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none">• Ambulante Arztrechnungen | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">• Stationäre Arztrechnungen | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none">• Zahnärztliche Arztrechnungen | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">• Rezepte/Verordnungen | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none">• Zahlungsnachweise | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">• Polizeiprotokoll | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none">• Nachweise eines anderen Versicherers | <input type="checkbox"/> |

Bitte die Unterlagen nicht heften oder klammern! Vielen Dank für Ihre Hilfe.



Hinweis über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall:

Vers.-Nr.: _____ Schaden-Nr.: _____

Belehrung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege/Dokumente zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege/Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten 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, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen/Dokumenten verpflichtet.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter

Schlussfolgerungen:

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die vorstehenden Hinweise gemäß § 28, Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles habe ich zur Kenntnis genommen.

Des Weiteren trete ich meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher/Haftpflichtigen bzw. gegen meine gesetzliche Krankenkasse/private Krankenversicherung in Höhe der von der BD24 Berlin Direkt Versicherung AG gezahlten Leistungen an die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG ab.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter



Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten, Schweigepflichtentbindungserklärung und ärztliche Bescheinigung

Vers.-Nr.: _____ Schaden-Nr.: _____

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG

Ich willige ein, dass die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG die von mir in diesem Leistungsantrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung, Leistungsprüfung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Einzelfalleinwilligung zur Prüfung der Leistungspflicht (Schweigepflichtentbindung)

Sofern Sie nicht selber erkrankt oder verunfallt sind, lassen Sie die Erklärung bitte von der Person unterzeichnen, deren Gesundheitsdaten erhoben bzw. verwendet werden sollen (versicherte Person oder Risikoperson, z. B. Eltern, Kinder, Großeltern etc.). Die Erklärung stellt keine generelle Entbindung von der Schweigepflicht dar, sondern erstreckt sich nur auf Auskünfte über die Erkrankungen, welche im Zusammenhang mit der Reisesstornierung stehen. Sie bzw. die Person, über die gesundheitsbezogene Daten erhoben werden sollen, haben die Möglichkeit, die Abgabe der nachfolgenden Erklärungen zu verweigern. In diesem Falle ruht eine etwaige Leistungspflicht der BD24 Berlin Direkt Versicherung AG mindestens bis zu dem Zeitpunkt, in welcher ihr die Möglichkeit zur Leistungsprüfung wieder möglich gemacht wird.

Ich willige ein, dass die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG – soweit dies für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei

Name: _____
Adresse: _____
Name: _____
Adresse: _____
Name: _____
Adresse: _____

erhebt und zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht verwendet.

Ich befreie die oben genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und stimme zu, dass meine zulässigerweise dort gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen und Daten aus Versicherungsanträgen und -verträgen anderer Versicherungsunternehmen an die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG übermittelt werden dürfen.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG benötigt hierzu Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG 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 BD24 Berlin Direkt Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von Ihrer Schweigepflicht.



4. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen

Die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. den Notruf-Service oder die telefonische Kundenberatung, bei denen es zur Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die derzeitige Liste kann im Internet unter www.berlin-direktversicherung.de/datenschutz eingesehen oder schriftlich angefordert werden.

Ich willige ein, dass die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG 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 oder genutzt werden, wie die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der BD24 Berlin Direkt Versicherung AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

5. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können Sie kontrollieren, ob die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG den Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift der Person oder ggf. des gesetzlichen Vertreters

Schlusserklärungen

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die vorstehenden Hinweise gemäß § 28, Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles habe ich zur Kenntnis genommen.

Des Weiteren trete ich meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher/Haftpflichtigen bzw. gegen meine gesetzliche Krankenkasse/private Krankenversicherung in Höhe der von der BD24 Berlin Direkt Versicherung AG gezahlten Leistungen an die BD24 Berlin Direkt Versicherung AG ab.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Versicherungsnehmer und versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter