

**Union Reiseversicherung  
Reiseservice  
66087 Saarbrücken**

# Schadenanzeige Reise-Rücktrittskosten-Versicherung

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

Falls Sie über eine Kreditkarte versichert sind:

Kreditkarten-Nummer															

Hinweis: Bitte geben Sie nur die ersten 6 und die letzten 4 Stellen der Kreditkartennummer an.

Versicherungsnummer (falls vorhanden)
---------------------------------------

## A – Angaben zu den Reiseteilnehmern

### 1. Wer hat die Reise gebucht?

Name / Vorname		Geb.-Datum (Tag / Monat / Jahr)	
Straße / Hausnummer			
Länderkennung / PLZ	Wohnort		
Telefon (tagsüber)	E-Mail-Adresse		

### 2. Namen der Reiseteilnehmer, deren Reise storniert, verspätet angetreten oder abgebrochen wurde

Name / Vorname	Verwandschaftsverhältnis zum Versicherungsnehmer	Geb.-Datum (Tag / Monat / Jahr)
Name / Vorname	Verwandschaftsverhältnis zum Versicherungsnehmer	Geb.-Datum (Tag / Monat / Jahr)
Name / Vorname	Verwandschaftsverhältnis zum Versicherungsnehmer	Geb.-Datum (Tag / Monat / Jahr)
Name / Vorname	Verwandschaftsverhältnis zum Versicherungsnehmer	Geb.-Datum (Tag / Monat / Jahr)

### 3. Wohin soll die Entschädigung überwiesen werden?

Kontoinhaber (Name / Vorname)	
Straße/Hausnummer	PLZ, Ort
Kreditinstitut	
IBAN	BIC

## B – Angaben zur stornierten, abgebrochenen oder umgebuchten Reise

Bei welchem Reisebüro haben Sie die Reise gebucht (ggf. auch Telefonnummer)?

Buchung am	<input type="text" value="(Tag / Monat / Jahr)"/>	Geplanter Reisebeginn	<input type="text" value="(Tag / Monat / Jahr)"/>	Geplantes Reiseende	<input type="text" value="(Tag / Monat / Jahr)"/>
Stornierung am	<input type="text" value="(Tag / Monat / Jahr)"/>	Reise-Abbruch am	<input type="text" value="(Tag / Monat / Jahr)"/>	Verspäteter Reiseantritt	<input type="text" value="(Tag / Monat / Jahr)"/>

## C – Angaben zum Versicherungsfall

### 1. Wer hat den Versicherungsfall ausgelöst?

1.1. Einer der Reiseteilnehmer?

Nein  Ja

Name / Vorname

1.2. Ein nicht mitreisender Angehöriger?

Nein  Ja

Name / Vorname

Wie verwandt mit dem Reiseteilnehmer? (Bitte Nachweis beifügen.)

### 2. Warum wurde die Reise storniert bzw. abgebrochen?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unerwartete schwere Erkrankung         | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft                       | <input type="checkbox"/> Tod                 |
| <input type="checkbox"/> Unerwartete betriebsbedingte Kündigung | <input type="checkbox"/> Arbeitsaufnahme nach Arbeitslosigkeit | <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzwechsel |

Unfall:

Unfallort

Wurde der Unfall durch Dritte verursacht?

Nein  Ja

Name und Anschrift des Unfallverursachers

Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers und Versicherungs-Nr.

Sonstiges  
(bitte ergänzen):

### 3. Stornierung bzw. Reise-Abbruch

3.1. Wann ist das Ereignis eingetreten, das zur Stornierung der Reise bzw. zum Reise-Abbruch geführt hat?

Datum (Tag / Monat / Jahr)

Anmerkungen

3.2. Wenn die Reise nicht unverzüglich storniert wurde, geben Sie bitte die Begründung für die Verzögerung an:

**Bitte beachten Sie:** Die versicherte Person ist verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles die Reise unverzüglich zu stornieren, um die Stornokosten möglichst niedrig zu halten.

### 4. Welche Kosten sind entstanden?

4.1. Höhe der entstandenen Stornokosten?

**Bitte beachten Sie:** Versichert sind die dem Reiseveranstalter (ggf. Fluglinie, Ferienhausvermietung, Hotel, o. Ä.) vertraglich geschuldeten Stornogebühren und das bei Buchung in Rechnung gestellte Vermittlungsentgelt.

4.2. Sind durch den Reise-Abbruch zusätzliche Rückreisekosten entstanden? Wenn ja, welche?

**Bitte beachten Sie: Nicht versichert sind Telefonkosten, Kurtaxe, Visagebühren, etc.**

4.3. Aufstellung der nicht in Anspruch genommenen Reiseleistung bei Reise-Abbruch:

(Bitte jeweils die entsprechenden Nachweise / Rechnungen beifügen.)

4.4. Aufstellung der entstandenen Mehrkosten bei verlängertem Aufenthalt:

(Bitte jeweils die entsprechenden Nachweise / Rechnungen beifügen.)

### 5. Anlagen

5.1. Allgemeine Unterlagen bei Einreichung eines Schadenfalls:

- Versicherungsnachweis (z. B. Versicherungsbestätigung, Überweisungsträger, Prämienrechnung, 16-stellige Kreditkartennummer, ...)
- Kopie der Buchungsbestätigung
- Stornokostenrechnung im Original
- Nachweis über die häusliche Gemeinschaft (z. B. Kopien beider Personalausweise, jeweils die Vorder- und Rückseite)
- Nachweis über die Unterhaltsberechtigung Ihres Kindes (z. B. Zahlung von Kindergeld)

5.2. Für die jeweiligen Rücktritts- bzw. Abbruchgründe wird benötigt:

- bei Krankheit, Unfall, Schwangerschaft: ausführliches Attest mit Diagnose und Behandlungsdaten
- bei psychiatrischen Erkrankungen: ausführliches Attest vom behandelnden Facharzt für Psychiatrie
- bei Todesfall: Kopie der Sterbeurkunde
- bei Kündigung: Kündigungsschreiben des Arbeitgebers  
(Daraus sollte ersichtlich sein, ob es sich um eine betriebsbedingte oder personenbezogene Kündigung handelt.)
- bei Arbeitsaufnahme: Aufhebungsbescheid der Arbeitsagentur und Kopie des neuen Arbeitsvertrages
- bei Arbeitsplatzwechsel: Kündigungsschreiben des bisherigen Arbeitgebers sowie eine Kopie des Arbeitsvertrags des neuen Arbeitgebers.
- bei erheblichem Schaden am Eigentum: Nachweis, dass ein erheblicher Schaden am Eigentum entstanden ist  
(z. B. Polizeimeldung, Schadenmeldung des Gebäudeversicherers, u.Ä.)
- sonstige Nachweise

5.3. Zusätzlich sind bei einem Reise-Abbruch folgende Unterlagen einzureichen:

- Belege der Rückreisekosten
- Aufstellung des Reiseveranstalters über die nicht genutzte Reiseleistung und über den Zeitpunkt des Reise-Abbruchs

### D – Angaben zu weiteren Versicherungen

Besteht für Sie oder einen anderen Reiseteilnehmer eine weitere Reise-Rücktrittskosten- oder Reise-Abbruch-Versicherung?

- Nein
- Ja      Wenn ja, bei welchem Unternehmen (Versicherungsunternehmen/Kreditkarteninstitut)?

Bitte Versicherungs- oder Kreditkartennummer angeben.

Für wen besteht die anderweitige Versicherung (für Sie oder einen anderen Reiseteilnehmer)?

### E – Informationen zum Datenschutz

Wir benötigen personenbezogene Daten von Kunden und weiteren Personen, um Ihre Schadenanzeige bearbeiten zu können. Die mitgeteilten Daten werden von uns verarbeitet. Details zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten finden Sie im Merkblatt zur Datenverarbeitung.

**F – Wichtige Hinweise für den Schadenfall und zu Ihrem Versicherungsschutz**

---

In Ihrem Schadenfall brauchen wir Ihre Mithilfe.

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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 zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege 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 Leistungen 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 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. 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 verpflichtet.

**Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Zudem bestätige ich, den Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung zur Kenntnis genommen zu haben und bin mit der Verarbeitung einverstanden.**

**Ort, Datum und Unterschrift:**

Union Reiseversicherung Reiseservice; 66087 Saarbrücken; Tel.: (06 81) 844-75 55; Fax: (06 81) 844-11 14; E-Mail: schaden@urv.de

## Merkblatt zur Datenverarbeitung

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Union Reiseversicherung Aktiengesellschaft und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

### Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

#### Union Reiseversicherung Aktiengesellschaft

Maximilianstraße 53  
80530 München  
E-Mail-Adresse: reiseservice@urv.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o. g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: [datenschutz@ukv.de](mailto:datenschutz@ukv.de)

### Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter <https://www.urv.de/content/privatkunden/ueber-uns/datenschutz> abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

### Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit uns bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Absatz 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Absatz 2 a) in Verbindung mit Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Absatz 2 j) DSGVO in Verbindung mit § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Absatz 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Konzerns Versicherungskammer Bayern und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Art. 6 Absatz 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

### Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

#### Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

Nähere Informationen zum aktuell eingesetzten Rückversicherer können Sie der Dienstleisterliste auf unserer Internetseite unter [dienstleister.urv.de](http://dienstleister.urv.de) entnehmen. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

#### Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

#### Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

#### Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils aktuellen Version unserer Internetseite unter <https://www.urv.de/content/privatkunden/ueber-uns/datenschutz/> (Übersicht der Dienstleister) entnehmen oder beim Verantwortlichen für die Datenverarbeitung anfordern.

#### Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

#### Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

#### Betroffenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

#### Widerspruchsrecht

**Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.**

**Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.**

#### Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Zuständig ist die Datenschutzaufsichtsbehörde des Bundeslandes, in dem wir als Verantwortlicher für die Datenverarbeitung unseren Sitz haben.

#### Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmisbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.

Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO“, das Sie unserer Homepage unter <https://www.urv.de/content/privatkunden/ueber-uns/datenschutz/> oder [https://www.ukv.de/content/ueber\\_uns/datenschutz/](https://www.ukv.de/content/ueber_uns/datenschutz/) entnehmen oder beim Verantwortlichen für die Datenverarbeitung anfordern können.

### **Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer**

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadenfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

### **Bonitätsprüfung**

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung sowie zur Verifizierung Ihrer Adresse (Prüfung auf Zustellbarkeit) und um Informationen zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten zu erhalten an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen

sind Artikel 6 Absatz 1 b) und Artikel 6 Absatz 1 f) der DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zur ICD im Sinne des Artikels 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („EU DSGVO“), d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Information gem. Art. 14 EU-DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH („ICD“), das Sie unserer Homepage unter <https://www.urv.de/content/privatkunden/ueber-uns/datenschutz/> entnehmen oder beim Verantwortlichen für die Datenverarbeitung anfordern können.

### **Datenübermittlung in ein Drittland**

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

**Union Reiseversicherung  
Reiseservice  
66087 Saarbrücken**

# Ärztliche Bescheinigung

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

Falls Sie über eine Kreditkarte versichert sind:

Kreditkarten-Nummer															

Hinweis: Bitte geben Sie nur die ersten 6 und die letzten 4 Stellen der Kreditkartennummer an.

Versicherungsnummer (falls vorhanden)
---------------------------------------

## A – Allgemeine Angaben zur erkrankten / verunfallten Person

Name / Vorname		Geb.-Datum (Tag / Monat / Jahr)	
Straße / Hausnummer			
Länderkennung / PLZ	Wohnort		

## B – Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie Schweigepflichtentbindungserklärung

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung / Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der Adresse des Versicherers zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Union Reiseversicherung AG

Ich willige ein, dass die Union Reiseversicherung AG, die im Rahmen dieses Leistungsfalles mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht erforderlich ist.

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass die Union Reiseversicherung AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Union Reiseversicherung AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für die Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### Möglichkeit I (Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht):

Ich willige ein, dass die Union Reiseversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonal sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für die Union Reiseversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

**Möglichkeit II (Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall):**

- Ich wünsche, dass mich die Unionreiseversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich
- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Union Reiseversicherung AG einwillige
  - oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.
- Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

**2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen.  
Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung ein, wie im Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

**3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Union Reiseversicherung AG**

Die Union Reiseversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

**3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die URV 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 URV 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 URV zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die URV tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

**3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)**

Die URV führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergeben, benötigen die URV Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die URV führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die URV erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Dienstleisterliste kann im Internet unter <https://www.urv.de/content/privatkunden/ueber-uns/datenschutz/> eingesehen oder über [datenschutz@vkb.de](mailto:datenschutz@vkb.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die URV Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die URV meine Gesundheitsdaten an die von 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 URV dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

**4. Erklärungen für mitversicherte Personen**

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine etwaig mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen 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 und Unterschrift der erkrankten / verunfallten Person**

**C – Vom Arzt auszufüllen:**

**1. Zur erkrankten / verunfallten Person**

Name / Vorname		Geb.-Datum (Tag / Monat / Jahr)	
Straße / Hausnummer			
Länderkennung / PLZ	Wohnort		
Buchungsdatum	(Tag / Monat / Jahr)	Reisezeit von	(Tag / Monat / Jahr) bis (Tag / Monat / Jahr)

**2. Welche Krankheit oder Verletzung führte zur Reiseabsage? (Bitte mit Angabe des ICD10-Codes)**

Diagnose	ICD10-Code
----------	------------

**3. Behandlungsverlauf**

3.1. Wann erkrankte der Patient / die Patientin? Wann war der Unfall? (Tag / Monat / Jahr)

3.2. Wann erfolgte die erste Behandlung der Beschwerden / Symptome, die zu dieser Diagnose führten? (Tag / Monat / Jahr)



3.3. Wann haben deswegen bisher Behandlungen stattgefunden? (Bitte genaue Daten angeben.)

3.4. Haben in den letzten 6 Monaten vor Reisebuchung Behandlungen zu o.g. Diagnose stattgefunden?  
Wenn „ja“, wann?

Nein  Ja

3.5. Bestanden zum Zeitpunkt der Reisebuchung Bedenken gegen den Antritt der Reise?  
Wurden Sie vom Patienten danach gefragt?

Nein  Ja  
 Nein  Ja

3.6. Bestand zum Zeitpunkt der ersten Behandlung eine uneingeschränkte Reisefähigkeit?  
War zu diesem Zeitpunkt mit einer völligen Wiedergenesung bis zum Reisezeitpunkt zu rechnen?  
Wann haben Sie dem Patienten von der Reise abgeraten? Bitte geben Sie das Datum an.

Nein  Ja  
 Nein  Ja

 (Tag / Monat / Jahr)

#### 4. Therapiemaßnahmen

4.1. Welche Medikation und Therapie / Maßnahmen haben Sie verordnet?

4.2. Welche Untersuchungen wurden an den jeweiligen Behandlungsdaten durchgeführt?

4.3. Fand eine stationäre Behandlung statt?

Nein  Ja

Behandlungszeit von

 (Tag / Monat / Jahr)

bis

 (Tag / Monat / Jahr)

Bitte schicken Sie eine Kopie des  
Krankenhausentlassungsberichtes mit.

4.4. Bestand Arbeitsunfähigkeit?

Nein  Ja

Arbeitsunfähigkeit von

 (Tag / Monat / Jahr)

bis

 (Tag / Monat / Jahr)

Wenn nein, aus welchem Grund wurde keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt?

4.5. Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt?

Nein  Ja

Name und Adresse des Facharztes

#### 5. Vorerkrankungen

5.1. Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?

Nein  Ja

Wenn ja, bitte nennen Sie uns die Diagnose der Vorerkrankungen (bitte mit Angabe des ICD10-Codes):

Diagnose

ICD10-Code

5.2. Hat sich die bestehende Erkrankung unerwartet verschlechtert?

Nein  Ja

Wenn ja, wann?

Wie hat sich dies geäußert (neue Diagnosen)?

Diagnosen

#### 6. Bei Rücktrittsgrund Schwangerschaft

6.1. Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?

(Tag / Monat / Jahr)

Schwangerschaftswoche

6.2. Wann sind Komplikationen aufgetreten?

(Tag / Monat / Jahr)

Welche?

#### Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes