



## Schadenanzeige zur Reisekrankenversicherung

Ihre Anschrift:

Bitte füllen Sie die Schadenanzeige vollständig aus und schicken Sie diese unterschrieben mit den Anlagen an uns zurück:

**TravelProtect GmbH**  
Alfred-Nobel-Straße 20  
97080 Würzburg  
E-Mail: [schaden@travelprotect.de](mailto:schaden@travelprotect.de)

Ihre E-Mailadresse:

Ihre Versicherungsnummer:

Ihre Schadennummer (wird vom Versicherer eingetragen):

Sehr geehrte Damen und Herren,  
zur schnellen Bearbeitung Ihres Reisekrankenschadens benötigen wir von Ihnen folgende Angaben. Hierzu füllen Sie bitte die vorliegende Schadenanzeige vollständig aus und schicken diese an die o.g. Adresse zurück. Sie können uns die Unterlagen auch gerne per E-Mail zusenden. Beachten Sie hierbei jedoch, dass wir nur PDF-Dateien mit einer Maximalgröße von 10 MB akzeptieren können.

### A | Angaben zur Reise

Reiseziel:	<input type="text"/>	Reiseveranstalter:	<input type="text"/>
Reisebeginn:	<input type="text"/>	Reise gebucht am:	<input type="text"/>
Womit wurde die Reise durchgeführt? <input type="radio"/> Flug <input type="radio"/> Schiff <input type="radio"/> Auto <input type="radio"/> Bahn <input type="radio"/> Sonstige			

### B | Angaben zu allen Reiseteilnehmern (Name & Geburtsdatum)

1.:	<input type="text"/>	2.:	<input type="text"/>
3.:	<input type="text"/>	4.:	<input type="text"/>
5.:	<input type="text"/>	6.:	<input type="text"/>

### C | Angaben zur Zahlweise

Bitte teilen Sie uns mit, ob und wie Sie die Reise gezahlt haben. Sollte es sich um einzelne Reisebausteine handeln, geben Sie bitte die jeweilige Zahlungsart an.

Lastschrift/Rechnung  Kreditkarte  Bar  Sonstiges

Sollte die Reise bzw. einzelne Reisebestandteile mit einer Kreditkarte bezahlt worden sein, geben Sie uns bitte folgende Informationen bekannt und legen Sie eine Kopie des Kreditkartenkontoauszugs bei, aus dem sich die Belastung durch die Reisekosten ergibt.

Kreditkartennummer:	<input type="text"/>
Kreditkartenunternehmen/Name:	<input type="text"/>
Name der ausstellenden Gesellschaft:	<input type="text"/>

## D | Weiterer Versicherungsschutz

Besteht für Sie weiterer Versicherungsschutz für einen Reiserücktritt (ADAC, Reiseversicherung, etc.)? Falls ja, geben Sie uns bitte Ihre Mitglieds- oder Versicherungsnummer und den Namen der Versicherungsgesellschaft an. Sollten Sie Ihren Schadenfall bereits gemeldet haben, legen Sie bitte eine Kopie des Erstattungsbelegs bei.

Nein  Ja, bei

## E | Angaben zum Versicherungsfall (nur bei Erkrankungen)

Bitte reichen Sie die Arztrechnungen, Rezepte, Quittungen und ärztliche Verordnungen im Original mit ein. Falls eine Vorleistung, z.B. durch Ihre private oder gesetzliche Krankenkasse erfolgt, genügt eine Kopie mit Erstattungsvermerk des Vorleisters. Bei einer stationären Behandlung fügen Sie bitte auch eine Kopie des Entlassungsberichts bei.

In welcher Währung haben Sie die Rechnungen bezahlt

Wie haben Sie die Rechnungen bezahlt? Bitte fügen Sie ab einem umgerechneten Betrag von 500 Euro einen Zahlungsnachweis bei.

- Überweisung  
 Kreditkarte  
 Bar  
 Sonstiges

Wegen welcher Krankheiten mussten Sie ärztlich behandelt werden? Schildern Sie bei einem Unfall den Hergang.

Wann traten die ersten Beschwerden auf?

Wann wurden Sie aufgrund dieser Beschwerden erstmals ärztlich behandelt?

Wurden Sie wegen dieser Krankheit(en) bereits vor Reisebeginn behandelt?

- Nein  
 Ja, am

Handelt es sich um die Folge einer vor Reiseantritt behandelten Krankheit(en) bzw. eines vor Reisebeginn behandelten Unfalls?

- Nein  
 Ja, am

Wurden Sie nach Ihrer Rückkehr nach Deutschland weiter behandelt?

- Nein  
 Ja, am

## F | Angaben zum Versicherungsfall (nur bei Unfällen)

Unfallort (Anschrift und Ort)

Datum und Uhrzeit des Unfalls

Bitte schildern Sie den Unfallhergang und Ihre Verletzungen.

Wurde der Unfall durch eine andere Person verursacht?

Nein  Ja, von

Wenn ja, geben Sie bitte Namen und Anschrift der Person an, die den Unfall verursacht hat.

Wurden die Rechnungen über die Unfallbehandlung bereits dem Unfallverursacher bzw. dessen Haftpflichtversicherung zur Erstattung vorgelegt?  Nein  Ja

Wenn ja, geben Sie bitte Name, Anschrift und Versicherungsnummer der Versicherung an.

Gibt es Zeugen die den erlittenen Unfall beobachten haben bzw. Angaben dazu machen können?  Nein  Ja

Wenn ja, geben Sie bitte Namen und Anschrift des Zeugen / der Zeugen an.

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen. Geben Sie uns bitte die Anschrift, sowie das Aktenzeichen an und fügen Sie eine Kopie des Polizeiprotokolls mit bei.

## G | Ihre Bankdaten

An wen sollen eventuelle Versicherungsleistungen erstattet werden? Geben Sie uns bitte die Bankdaten (Name des Kontoinhabers, IBAN, Name des Kreditinstituts) bekannt.

### **1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG.**

Ich willige ein, dass die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG die im Rahmen dieses Leistungsfalls mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht erforderlich ist.

### **2. Weitergabe der Gesundheitsdaten und nach §203 StGB geschützter Daten außerhalb der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG.**

Die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit. Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG 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 BA die Bayerische Allgemeine 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 BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG 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 TravelProtect GmbH. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die BA die Bayerische Allgemeine AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG Ihre Einwilligung.

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

### **4. Einwilligung in die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail bei der Regulierung eines Leistungsfalls.**

Ich willige ein, dass die Kommunikation über die unten genannte E-Mailadresse per unverschlüsselter E-Mail bei der Prüfung und Regulierung meines Leistungsfalls erfolgt. Mir ist bekannt, dass beim E-Mailversand unter Umständen unbefugte Dritte im Inhalt Kenntnis nehmen können. Diese Einwilligung erstreckt sich ausdrücklich auch auf Gesundheitsdaten. Ich die Einwilligung jederzeit unter [schaden@travelprotect.de](mailto:schaden@travelprotect.de) oder 0931 – 30 42 98 04 widerrufen. Bitte verwenden Sie folgende E-Mailadresse.

Wir informieren Sie zudem hiermit, dass zur Geltendmachung und zur Abwehr von Regressansprüchen bezüglich des Leistungsfall es 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 BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG 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 die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG geltend macht.

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 / der Antragstellerin