



Schadenmeldeformular für Reisen

Um eine schnelle Bearbeitung Ihres Antrags zu ermöglichen, bitten wir Sie, die folgenden Anweisungen zu berücksichtigen:

1. Füllen Sie für jede Schadensforderung und für jede versicherte Person ein eigenes Antragsformular aus.
2. Wenn Sie eine Schadensforderung im Zusammenhang mit einem Unfall oder einer Verletzung stellen, füllen Sie bitte die Abschnitte A, B, H und I vollständig aus.
3. Wenn Sie eine Schadensforderung im Zusammenhang mit einem nichtmedizinischen Vorfall oder einem Gepäckverlust stellen, füllen Sie bitte die Abschnitte A und D–H, je nach Relevanz, aus.
4. Wenn Sie eine Schadensforderung infolge eines Personenunfalls stellen, füllen Sie bitte die Abschnitte A, C, H und I aus.
5. Bitte senden Sie dieses vollständig ausgefüllte Formular an die GBG-Schadensregulierungsabteilung, International Claims Services (ICS), einschließlich SÄMTLICHER Originalrechnungen, die für den Antrag relevant sind, sowie Reisenachweise (z. B. E-Mail-Bestätigungen, Buchungsrechnungen, Tickets). Alle Eingaben MÜSSEN binnen 90 TAGEN nach dem Verlust bzw. dem Beginn der Behandlung der GBG vorliegen.

A. ANGABEN ZUM HAUPTVERSICHERTEN	
Name (Nachname, Vorname, zweiter Vorname):	Policennummer:
Adresse:	
Postleitzahl:	Telefonnummer:
E-Mail:	Fax:
Policewährung: <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/> € <input type="checkbox"/> GB£ Die Währung für die maximale Versicherungsleistung und den Selbstbehalt wird anhand der Währung, in der Ihre Reiseversicherung gekauft wurde, ermittelt.	
ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER (sofern abweichend vom Hauptversicherten)	
Name (Nachname, Vorname, zweiter Vorname):	
Adresse:	
Postleitzahl:	Telefonnummer:
Beruf:	
Zweck der Reise:	<input type="checkbox"/> persönlich <input type="checkbox"/> beruflich
Reisedaten (TT. MM JJ):	Von: Bis:
Erfolgt der Antrag aufgrund eines Unfalls?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
ERKLÄRUNG	
Aus Gründen des Datenschutzes erkenne(n) ich/wir an, dass jegliche personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Antrags über mich/uns sichergestellt wurden, zu Verwaltungszwecken und zu Zwecken der Schadensprüfung gesammelt und verarbeitet werden. Zu diesem Zweck können die Daten auch an ausgewählte Dritte und Rückversicherer weitergegeben werden. Ich/wir stimme(n) der Verarbeitung sensibler Daten über mich/uns und andere Personen, die im Rahmen dieses Vertrages versichert sind, durch Sie zu. Ich/wir nehme(n) zur Kenntnis, dass sämtliche personenbezogenen Daten, die ich/wir bereitstelle(n), korrekt sein müssen, und ich/wir verfüge(n) über die Zustimmung jener anderen versicherten Personen, deren personenbezogenen Daten weiterzugeben. Ich bin/wir sind mit Informationsanfragen seitens anderer Versicherer, Kreditunternehmen und Informationsstellen zur Überprüfung unserer Antworten einverstanden und genehmige(n) die Weitergabe solcher Informationen. Ich/wir erkläre(n), dass mit der Beilegung des Schadenfalls sämtliche Anspruchsrechte und Rechte auf Erstattung an den Versicherer und/oder deren Schadenregulierer übergehen. Bitte beachten Sie, dass wir über Wiedergewinnungsrechte verfügen und gegebenenfalls von diesen Rechten Gebrauch machen werden. Ich/wir erkläre(n), nach bestem Wissen, dass die in diesem Antrag bereitgestellten Informationen korrekt und vollständig sind.	

Versicherte Person:	Hauptversicherter
---------------------	-------------------



Name:	Name:
Unterschrift: Durch die Eingabe meines Namens auf diesem Formular unterschreibe ich elektronisch, was rechtlich meiner manuellen, handschriftlichen Unterschrift entspricht.	Unterschrift: Durch die Eingabe meines Namens auf diesem Formular unterschreibe ich elektronisch, was rechtlich meiner manuellen, handschriftlichen Unterschrift entspricht.
Datum:	Datum:

B. BEHANDLUNGSKOSTEN & KRANKENHAUSTAGEGELD

Art der Erkrankung/Verletzung:	
Datum des Auftretens der Erkrankung/Verletzung (TT.MM.JJJJ):	Zeitpunkt des Auftretens der Erkrankung/Verletzung:
Ort des Auftretens der Erkrankung/Verletzung:	
Bitte beschreiben Sie detailliert, wie es zur Verletzung kam:	
Name des persönlichen Hausarztes/Doktors des Anspruchsberechtigten (auch wenn dieser nicht konsultiert wurde):	
Adresse des persönlichen Hausarztes/Doktors:	Telefonnummer:
	Faxnummer:
	E-Mail:
Name und Adresse des/der behandelnden Arztes/Ärzte und/oder des/r behandelnden Krankenhauses/Krankenhäuser:	
Wenn eine stationäre Behandlung im Krankenhaus erfolgte, geben Sie bitte das Datum des stationären Aufenthalts an:	
Wurde die Emergency Assistance Company (Notdienst) kontaktiert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls nein, erklären Sie, warum nicht:	
War die versicherte Person schwanger: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, in welcher Woche?	
Wenn die versicherte Person erkrankt ist, ist diese Erkrankung bei ihm/ihr bereits früher aufgetreten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, machen Sie dazu bitte detaillierte Angaben:	
Verfügt die versicherte Person über eine private Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, machen Sie bitte Angaben zum Versicherer, einschließlich Name, Adresse und Policennummer:	
NUR FÜR EU-BÜRGER	
Wurde eine EHIC (European Health Insurance Card – Europäische Krankenversicherungskarte) auf die Reise mitgenommen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wurde diese dem Krankenhaus/Arzt vorgelegt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	



C. PERSONENUNFALL	
Wann trat die Verletzung oder (im Fall einer tödlichen Verletzung) der Tod ein?	
Bitte beschreiben Sie im Detail die Art des Verlustes oder wie es zum Todesfall kam:	
Führten natürliche Ursachen zur Verletzung oder zum Tod? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, machen Sie bitte detaillierte Angaben dazu:	
Im Todesfall muss eine von einer zugelassenen Behörde ausgestellte Sterbeurkunde in Originalkopie an International Claims Services übermittelt werden.	

D. REISERÜCKTRITT ODER -ABBRUCH Reisestornierungs-/ Reiseabbruchsdeckung unterliegt einem Selbstbehalt pro Vorfall. Bitte beachten Sie Ihre Police für den Selbstbehaltbetrag.	
Wann wurde die Reise gebucht (TT.MM.JJJJ):	
Wann wurde die Reise storniert/ abgebrochen (TT.MM.JJJJ):	
Bitte legen Sie detailliert dar, warum die Reise storniert/abgebrochen wurde:	
Wenn die Stornierung nicht auf die reisende Person zurückzuführen war, geben Sie bitte den Namen der Person an, die der Grund für die Stornierung der Reise war, sowie seine/ihre Beziehung zur reisenden Person/zu den reisenden Personen:	
Falls die Reise abgebrochen wurde, wurde die Emergency Assistance Company (Notdienst) kontaktiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sind Zusatzkosten entstanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, nennen Sie diese bitte im Detail und übermitteln Sie alle Rechnungen/Quittungen gemeinsam mit diesem Antragsformular:	
Bitte geben Sie an, an wen die Rückerstattung erfolgen soll:	

ZUSÄTZLICHE ERFORDERLICHE DOKUMENTE
Wenn die Reise aufgrund einer Verletzung/Erkrankung der reisenden Person storniert wurde, benötigen wir ein schriftliches Attest des Allgemeinarztes darüber, dass die versicherte Person reiseunfähig war.
Wenn die Reise aufgrund einer Verletzung/Erkrankung eines Dritten storniert wurde, benötigen wir ein schriftliches Attest des Allgemeinarztes der dritten Person, zur Bestätigung der Verletzung/Erkrankung.
Bitte stellen Sie außerdem folgende Unterlagen bereit
- Unterlagen zum Beleg der Reisestornierung aufgrund anderer, oben nicht erwähnter Faktoren.
- Buchungsrechnung im Original.
- Stornorechnung, in der die entstandenen Kosten aufgeführt sind.



E. REISEVERZÖGERUNG / VERPASSTE ABREISE	
Grund für die Reiseverzögerung/ verpasste Abreise:	
REISEVERZÖGERUNG	
Geplantes Datum und Zeit für die Abreise:	
Flug-/Fähren-/sonstige Transportnummer/Referenz:	
Tatsächliches Datum und Zeit der Abreise:	
Flug-/Fähren-/sonstige Transportnummer/Referenz:	
Verzögerung in Stunden:	
Name des Flug-/Fähren-/sonstigen Transportunternehmens:	
VERPASSTE ABREISE	
Ort der Abreise:	Ort der verpassten Anbindung:
Beförderungsmethode zum Abreiseort:	
Bitte geben Sie an, wie Sie Ihre Reise wieder aufgenommen haben:	
Beanspruchter Betrag:	

F. GEPÄCK, PERSÖNLICHE GEGENSTÄNDE, GELD UND DOKUMENTE		
Die Abdeckung für Gepäckverlust/-diebstahl unterliegt einem Selbstbehalt pro Vorfall. Bitte beachten Sie Ihre Police für den Selbstbehaltsbetrag.		
Datum des Verlusts oder Schadens (TT.MM.JJJJ):	Uhrzeit:	
Bitte beschreiben Sie im Detail, wie und wo es zu dem Verlust/Schaden gekommen ist		
Bitte geben Sie an, wann der Verlust/Schaden gemeldet wurde und bei welcher Behörde (z. B. Polizei/Fluglinie/Reiseveranstalter/Hotel; etc.), einschließlich vollständiger Adresse und Referenznummer:		
Wenn sich der Verlust auf Reiseschecks, Bargeld, Kreditkarten, Checks oder Bankkarten bezieht, nennen Sie das Datum, an dem der Aussteller über den Verlust in Kenntnis gesetzt wurde:		
BESCHREIBUNG DES GEGENSTANDS		
Vollständige Beschreibung v on Gegenstand 1:		
Wo gekauft:	Kaufdatum (TT.MM.JJ):	
Bezahlter Preis:	Aktueller Preis:	Beanspruchter Betrag:
Vollständige Beschreibung v on Gegenstand 2:		
Wo gekauft:	Kaufdatum (TT.MM.JJ):	
Bezahlter Preis:	Aktueller Preis:	Beanspruchter Betrag:
ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN		
Geben Sie Informationen zu sonstigen Versicherungen an, über die Sie verfügen und die eine teilweise Deckung für diesen Verlust bieten können, z. B. Hausratsversicherung, private Krankenversicherung, persönliche Reiseversicherung, Kreditkartenversicherung, etc.:		
Name des Versicherers:	Policenummer:	
Adresse:		



ZUSÄTZLICHE ERFORDERLICHE DOKUMENTE

- Im Fall eines persönlichen Gepäckverlusts MÜSSEN alle Vorfälle innerhalb von 24 Stunden der örtlichen Polizei angezeigt werden. Eine Vorfalldate und Schadensbericht müssen beantragt und bei International Claims Services eingereicht werden.
- Wenn der Verlust auf einem Flughafen oder im Flugzeug erfolgte, MUSS er binnen 24 Stunden mittels eines Vorfalldate der Fluglinie gemeldet werden. Der Vorfalldate muss gemeinsam mit diesem Antragsformular an uns gesendet werden.
- Belege für den Original Kauf/Besitz, z. B. Quittungen, Konto-/Kreditkartenauszüge, Fotos, Verpackung, Bedienungsanleitungen und Schätzgutachten.
- Bitte beachten Sie, dass wir den Anspruch herabsetzen können, wenn der Kauf nicht belegt wird und/oder wenn von natürlicher Abnutzung ausgegangen werden muss.
- Wenn Gegenstände bereits ersetzt wurden, senden Sie uns bitte die Rechnung oder Quittung für den Ersatz.

G. VERLUST DES REISEPASSES

Bitte geben Sie an, wo der Reisepass verloren wurde:

Bitte machen Sie detaillierte Angaben zu den Kosten für den Ersatz des Reisepasses und legen Sie Quittungen bei:

H. ART DER ERSTATTUNG

Bitte erstatten Sie die Kosten an:

ART DER ERSTATTUNG: Geben Sie die bevorzugte Art der Erstattung unten an.

Banküberweisung

Name der Bank:

Kontoinhaber:

Kontonummer/IBAN:

Banknummer/BIC:

Scheck an die Adresse der hauptv ersicherten Person, laut Abschnitt AN GABEN ZU M H AUPTVERSIC HERTEN:

Scheck an andere Postadresse:



I. BEVOLLMÄCHTIGUNG ZUR WEITERGABE MEDIZINISCHER INFORMATIONEN

Hiermit ermächtige ich Ärzte oder anderes medizinisches Fachpersonal, Krankenhäuser oder medizinische Einrichtungen, Apotheken, medizinische Dienstleister, Arbeitgeber, Leistungsplan-Administratoren sowie Bundes-, Landes- oder Kommunalbehörden mit einer vollständigen Kopie sämtlicher medizinischer Informationen, diese zu verwenden und weiterzugeben, wie in dieser Bevollmächtigung beschrieben. Medizinische oder sonstige in Ihrem Besitz oder unter Ihrer Kontrolle befindlichen Informationen dürfen zudem an **International Claims Services (ICS)** und/oder deren Anwälte entweder direkt oder über einen Vertreter, der in deren Namen handelt, weitergegeben werden, ebenso sämtliche medizinische Informationen, die sie anfordern, einschließlich– aber nicht ausschließlich– Krankenakten, medizinische Gutachten, Tabellen, Diagramme, Röntgenbefunde, Filme und Laborbefunde.

Ich genehmige hiermit auch die Weitergabe sämtlicher medizinischer Informationen in Bezug auf die Diagnose, Behandlung und Therapie von Alkohol- und Drogenmissbrauch oder psychischer Erkrankungen. Zudem genehmige ich die Weitergabe sämtlicher in Ihrem Besitz und unter Ihrer Kontrolle befindlichen Abrechnungen und Fakturen.

Ebenso ermächtige ich **ICS**, seine Repräsentanten oder Vertreter, Informationen, die infolge dieser Bevollmächtigung eingeholt wurden, an Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, Versicherer, Rückversicherer oder Anspruchsverwalter sowie jegliche Behörden weiterzugeben, soweit dies zum alleinigen Zweck der Evaluierung und Verwaltung von Ansprüchen auf Leistungen als zweckmäßig erachtet wird. Mir ist ferner bekannt, dass Informationen auf folgende Art und Weise weitergegeben werden können:

- An andere Personen oder Organisationen, die Geschäfts- oder Rechtsdienstleistungen im Zusammenhang mit Ansprüchen erbringen;
- Wie dies anderweitig gesetzlich erforderlich sein kann;
- An von mir genannte Personen oder deren gesetzliche Vertreter;
- Infolge weiterer Bevollmächtigung meinerseits; oder, wenn erforderlich, um Betrug zu verhindern oder aufzudecken.

Diese „Bevollmächtigung zur Weitergabe medizinischer Informationen“ kann jederzeit widerrufen werden, außer in Bezug auf Maßnahmen, die im Vertrauen hierauf bereits getroffen wurden, und soll, sofern sie nicht vorher schriftlich widerrufen wird, zwei (2) Jahre ab dem Datum der Unterschrift gültig sein. Ich bin damit einverstanden, dass eine Fotokopie, eine per E-Mail gesendete Kopie oder eine Faxkopie der Bevollmächtigung akzeptiert werden und dieselbe Gültigkeit wie das Original haben soll. Mir ist bekannt, dass ich eine Kopie dieser Bevollmächtigung anfordern kann.

Versicherte Person:

Name:

Unterschrift:

Durch die Eingabe meines Namens auf diesem Formular unterschreibe ich elektronisch, was rechtlich meiner manuellen, handschriftlichen Unterschrift entspricht.

Datum:

Bitte senden Sie das ausgefüllte Antragsformular und die Belegdokumente (EINSCHLIESSLICH REISENACHWEIS) an:

Submit your claim to claims@diveassurance.com

- **On**
- **Po** Suite 110, Foothill Ranch, CA 92610 USA
- **E-Mail**
- **Fax:** +1.949.271.2330