

Bitte vollständig vom Arzt ausfüllen lassen und in Ihrem Ticket-Schadenportal online hochladen.



Log-in zum Portal

ERGO

Reiseversicherung

Ärztliche Bescheinigung Eintrittskarten-Versicherung

Vorgangs-Nr. (aus Ihrer E-Mail-Bestätigung bei Schadenmeldung)

Name, Vorname

E-Mail-Adresse

1) Welche Diagnose führte zur Nichtteilnahme oder Absage der Veranstaltung?

| | | |
|--|---|--|
| Genauere Diagnose | ICD 10 | Datum der Diagnosestellung/Feststellung der Schwangerschaft d d m m y y y y |
| Bei Schwangerschaft: Führten Komplikationen zur Nichtteilnahme/Absage? | | Welche? _____ |
| Wann wurde ein Arzt diesbezüglich erstmals aufgesucht? | | Am: d d m m y y y y |
| Haben bezüglich der Diagnose, die zur Absage der Veranstaltung führte, ärztliche Behandlungen stattgefunden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja welche? _____ |
| Wann war in Anbetracht der gestellten Diagnose sicher, dass die Veranstaltung nicht planmäßig besucht werden kann? | | Am: d d m m y y y y |
| Falls dieses Datum vom Zeitpunkt der Diagnosestellung abweicht, bitten wir um Begründung: | | _____ |

Weitere Ausführungen wieso der Besuch der Veranstaltung auf Grund der oben aufgeführten Diagnose nicht möglich war:

2) Bestand die Erkrankung bereits bei Buchung der Eintrittskarten und verschlechterte sich akut, dann teilen Sie uns bitte mit, ob in den letzten 6 Monaten vor Ticketbuchung ärztliche Behandlungen stattfanden. Bitte geben Sie die genauen Behandlungszeiträume sowie Behandlungsmethoden an.

3) Bestand bzgl. der o.g. Diagnose eine Arbeitsunfähigkeit?

von _____ bis _____ Nein

Bitte die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ebenfalls hochladen.

Ort _____ Datum | d | d | m | m | y | y | y | y | X Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Erklärungen

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 https://www.ergo-reiseversicherung.de/_pdf/datenschutz/liste-der-dienstleister.pdf 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.

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, Ticket- und Reiseanbieter sowie Vermittler übermittelt werden können. Um die Geltendmachung eines Regressanspruches handelt es sich z. B. wenn die ERV Kosten erstattet und diese 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 minderjährige und gesetzlich vertretene 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 _____