

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		
Telefon (tagsüber)	E-Mail-Adresse		

B – Einwilligungs- und 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 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?

Nein Ja

Wenn „ja“, wann?

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)

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