

**Schadenmeldung  
Reiserücktrittsversicherung**



Sehr geehrter Kunde,  
Sie haben leider Ihre Reise stornieren müssen. Zur zügigen Bearbeitung Ihres Schadenfalles benötigen wir im Namen des zuständigen Versicherers von Ihnen noch einige wichtige Angaben. Wir bitten Sie daher das vorliegende Formular auszufüllen, zu unterschreiben und schnellstmöglich an uns zurück zu senden. Vielen Dank!

**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_ **(bitte immer angeben)**

**1. Versicherungsnehmer:**

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Firma
Name:			
Vorname:			
Anschrift:	Straße:	PLZ:	Ort:
E-Mail- Adresse:			
Telefon:			
Telefon (mobil):			

**2. Angaben zur Reise:**

Reiseveranstalter:	
Reiseziel:	
Reisebüro:	
Gebucht am:	
Storniert am:	
Reisebeginn:	
Reiseende:	
Anzahl der Mitreisenden:	
Reisepreis (insgesamt):	€

**3. für welche Reisetilnehmer wurde die Reise storniert:**

3.1.Name:			
3.1.Vorname:			
3.1. Geburtsdatum:			
3.1. Anschrift:	Straße:	PLZ:	Ort:
3.1. Telefon:	Festnetz:	Mobil:	
3.2.Name:			
3.2.Vorname:			
3.2. Geburtsdatum:			
3.2. Anschrift:	Straße:	PLZ:	Ort:
3.2. Telefon:	Festnetz:	Mobil:	
3.3.Name:			
3.3.Vorname:			
3.3. Geburtsdatum:			
3.3. Anschrift:	Straße:	PLZ:	Ort:
3.3. Telefon:	Festnetz:	Mobil:	
3.4.Name:			
3.4.Vorname:			
3.4. Geburtsdatum:			
3.4. Anschrift:	Straße:	PLZ:	Ort:
3.4. Telefon:	Festnetz:	Mobil:	

**4. Angaben zur Person, die den Reiserücktritt ausgelöst hat:**

4.1.Name:			
4.1.Vorname:			
4.1. Geburtsdatum:			
4.1. Anschrift:	Straße:	PLZ:	Ort:
4.1. Telefon:	Festnetz:	Mobil:	
4.1. Verwandtschaft:	zu Reisetilnehmer:	Art des Verhältnisses:	
4.2.Name:			
4.2.Vorname:			
4.2. Geburtsdatum:			
4.2. Anschrift:	Straße:	PLZ:	Ort:
4.2. Telefon:	Festnetz:	Mobil:	
4.2. Verwandtschaft:	zu Reisetilnehmer:	Art des Verhältnisses:	

5. Grund der Stornierung

5.1. Krankheit	<input type="checkbox"/>	Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen vom behandelnden Arzt ausfüllen
5.1.1. lag eine Arbeitsunfähigkeit wegen der Krankheit vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ (bitte Kopie der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beifügen)
5.2. Unfall	<input type="checkbox"/>	Bitte lassen Sie den beigefügten Fragebogen vom behandelnden Arzt ausfüllen
5.3. Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	Bitte senden Sie ein Attest des behandelnden Arztes bzw. Frauenarztes zu
5.4. Impfunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	Bitte senden Sie eine ärztliche Bestätigung zu
5.5. Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>	Bitte senden Sie uns eine Kopie des Kündigungsschreibens
5.6. Tod	<input type="checkbox"/>	Bitte senden Sie uns eine Kopie der Sterbeurkunde und teilen Sie uns das Verwandtschaftsverhältnis mit
5.7. Sonstige Gründe		
5.8. der Versicherungsfall trat ein		am:

6. Kosten der Stornierung/Umbuchung etc. Bitte beachten Sie, dass je nach Produkt ein Selbstbehalt vereinbart sein kann.

Stornokosten bzw. entst. Kosten	EUR	Dies entspricht	% vom Reisepreis
Stornokosten bzw. entst. Kosten	EUR	Dies entspricht	% vom Reisepreis
Stornokosten bzw. entst. Kosten	EUR	Dies entspricht	% vom Reisepreis

7. Reiseabbruch (sofern im abgeschlossenen Tarif enthalten). (Bitte beachten Sie, dass je nach Produkt ein Selbstbehalt vereinbart sein kann.)

7.1. Die Reise wurde abgebrochen	Datum	Uhrzeit
7.2. Die Reise wurde aus folgendem Grund abgebrochen		
7.3. Durch den Reiseabbruch sind folgende Kosten zusätzlich entstanden	(Bitte Originalbelege beifügen)	

8. Ergänzende Angaben

8.1. Der Rücktritt wurde durch einen Dritten verursacht (z.B. bei fremdverschuldetem Verkehrsunfall)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, Name  Anschrift  des Verursachers
8.1.1. falls Frage 8.1. bejaht wurde, Ansprüche wurden bereits angemeldet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ansprüche wurden nicht angemeldet da,
8.2. Besteht für Sie anderweitiger Versicherungsschutz für einen Reise Rücktritt (z.B. anderer Versicherer, über eine Kreditkarte oder eine Mitgliedschaft)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls ja nennen Sie uns bitte Namen und Versicherungs- / Mitglieds- / Kreditkartennummer
8.2.1. falls Frage 8.2. bejaht wurde, wurde dort bereits Ansprüche angemeldet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ansprüche wurden nicht angemeldet da,

**Wichtige Hinweise über die Folgen der Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall:**

**Belehrung nach § 28 IV Versicherungsvertragsgesetz (VVG)**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,  
wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheit**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen kann der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie ihm jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs seiner Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit) und ihm die sachgerechte Prüfung seiner Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie ihm alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit).  
Der Versicherer kann ebenfalls verlangen, dass Sie ihm Belege / Dokumente zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

**Leistungsfreiheit**

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, vorsätzlich die verlangten Belege / Dokumente nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber der Versicherer kann seine Leistung 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 / Dokumenten bleibt der Versicherer jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen / Dokumenten arglistig, wird der Versicherer in jedem Fall von seiner Verpflichtung zur Leistung frei.

**Ende der Belehrung**

**Hinweis:**

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.

**Schlusserklärungen**

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige und / oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Die vorstehenden Hinweise gemäß § 28 Absatz 4 des VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich nehme zu Kenntnis, dass ich für die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben auch dann verantwortlich bin, wenn ich dieses Formular nicht eigenhändig ausgefüllt habe.

Ich trete meine Ansprüche und Forderungen gegen einen Unfallverursacher / Haftpflichtigen in Höhe der von dem Deckungsschutz gewährenden Versicherer erbrachten Leistungen an diesen ab.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Versicherungsnehmer)

\_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_  
(Unterschrift versicherte Person oder deren gesetzlichen Vertreter)

## Ausdrückliche Erklärungen

### Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung



Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften (insb. EU-DSGVO) enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt der Versicherer (deckungsgewährender Versicherer aus Ihren Vertragsunterlagen – im Folgenden „der Versicherer“ genannt) sowie wir als dessen Partner, die Care Concept AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten bei schweigepflichtigen Stellen weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtenbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein bzw. die evtl. Leistung evtl. nicht fällig werden kann.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch den Versicherer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und
- wenn ein Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

#### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

**Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.**

**Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. bei Eintritt des Versicherungsfalls im dafür erforderlichen Umfang mit den von mir im Antrag benannten früheren Versicherern bzw. mit ihren eigenen Datenbeständen abgleichen dürfen um meine Angaben überprüfen und im Bedarfsfall ergänzen zu können.**

#### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept 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 sonstiger Angehöriger eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

**Ich wünsche, dass mich der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept 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 und dessen Partner, die Care Concept AG, einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, einwillige oder**
- **die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.**

**Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht sowie zu einer fehlenden Fälligkeit der evtl. Leistung führen kann.**

**Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer oder dessen Partner, die Care Concept AG, konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.**

## Ausdrückliche Erklärungen

### Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung



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

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für den Versicherten sowie dessen Partner, Care Concept AG, konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

**Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. zu einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.**

#### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Der Versicherte und dessen Partner, die Care Concept AG, verpflichten die jeweiligen Dienstleister vertraglich zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

##### 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Der Versicherte und dessen Partner, die Care Concept AG, benötigen 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 der Versicherte und dessen Partner, die Care Concept AG, meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherten und die Care Concept AG zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherten und dessen Partner, die Care Concept AG, tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.**

##### 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen und Personen)

Der Versicherte und dessen Partner, die Care Concept AG, führen bestimmte Aufgaben, wie z. B. den Notruf-Service, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogener Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen der Versicherte und die Care Concept AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

**Ich willige ein, dass der Versicherte und dessen Partner, die Care Concept AG, – meine Gesundheitsdaten an die unter dem nachfolgenden**

**Link: [https://www.care-concept.de/wir\\_ueber\\_uns/dienstleisteruebersicht.php](https://www.care-concept.de/wir_ueber_uns/dienstleisteruebersicht.php)**

**genannten Stellen übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherte und die Care Concept AG dies tun dürfen. Soweit erforderlich entbinde ich die Mitarbeiter der genannten Unternehmen und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht.**

**Die vorstehende Liste erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit, weil sich zwischenzeitlich Änderungen ergeben haben können. Eine aktuelle Liste kann schriftlich angefordert werden.**

##### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können der Versicherte und deren Partner, Care Concept AG, Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherte bzw. die Care Concept AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag den Rückversicherungen vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherungen den Versicherten bzw. die Care Concept AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützen.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherte und deren Partner, die

## Ausdrückliche Erklärungen

### Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung



Care Concept AG, **das Risiko bzw.** den Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit die überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch den Versicherer bzw. die Care Concept AG unterrichtet.

***Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.***

#### 3.4 Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbst- ständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

***Ich willige ein, dass der Versicherer sowie dessen Partner, die Care Concept AG, meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen- soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.***

#### 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten bei Nichtzustandekommen des Vertrages

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern der Versicherer und die Care Concept AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten z.B. für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen oder um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer und dessen Partner, der Care Concept AG, bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

***Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichern und nutzen.***

## Ausdrückliche Erklärungen

### Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung



#### 5. Weitere Erklärungen, Einwilligungen und Datenschutzhinweise

##### Empfangsberechtigung bezüglich der Versicherungsleistungen

Der Versicherungsnehmer ermächtigt den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, die Leistungen aus diesem Vertrag gegebenenfalls auch mit der versicherten Person oder Behandlern etc. direkt abzurechnen.

##### Zustimmung betreffs werblicher Maßnahmen

*Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar kann ich daher durch Auswahl einer entsprechenden Option darin einwilligen, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.*

*(Diese Einwilligungen gelten nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen. Das Merkblatt finden Sie unten. Ich kann weiteren Werbemaßnahmen schriftlich oder telefonisch widersprechen. Nach Ablauf einer technisch/organisatorisch notwendigen Umsetzungsfrist wird diesem Wunsch entsprochen.*

##### Schriftverkehr

*Sie sind damit einverstanden, dass wir bzw. unsere Vertriebspartner Ihnen Unterlagen in einer nicht verschlüsselten E-Mail zuschicken. Es erfolgt keine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung. Die E-Mail-Adresse haben Sie uns hierzu mitgeteilt. Unterlagen können zum Beispiel Dokumente zu einem Angebot oder Antrag sein. Wir dürfen Ihnen Inhalte und Dateien unverschlüsselt zuzusenden. Es kann sein, dass Gesundheitsdaten oder andere nach § 203 StGB geschützte Daten betroffen sein. In diesem Fall haben Sie uns oder unseren Vertriebspartner und die jeweiligen Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbunden. Diese Vereinbarung gilt für alle E-Mails und Unterlagen bis zum Vertragsschluss.*

*Damit gehen Risiken einher. Über diese sind Sie vorher mündlich oder telefonisch aufgeklärt worden. Besonders darüber, dass diese E-Mail dem Versand einer Postkarte gleicht. Jeder, der sie „in die Hand“ bekommt kann sie problemlos lesen. Dies gilt auch für Ihre Gesundheitsangaben oder Bankverbindungsdaten im Antrag oder Angebot. Anhänge, Inhalte und Absenderadressen könnten durch Dritte unbemerkt verändert werden. Deswegen kann für die Richtigkeit einer E-Mail nicht garantiert werden. Wenn sich Ihre E-Mail-Adresse ändert, teilen Sie und dies unverzüglich mit.*

*Diese Einwilligung und die Entbindung von der Schweigepflicht können Sie zu jeder Zeit widerrufen: Formlos, ganz oder nur teilweise, ohne Angabe von Gründen. Wenden Sie sich dazu an uns oder unseren Vertriebspartner. Unsere Kontaktdaten erhalten Sie unter:*

[https://www.care-concept.de/wir ueber uns/impressum.htm](https://www.care-concept.de/wir_ueber_uns/impressum.htm)

*Soweit Sie eine E-Mail erhalten, sind die Kontaktdaten in dieser angegeben. Wenn Sie widerrufen, erhalten Sie die Informationen per Post, Telefax oder E-Mail-Verschlüsselungsverfahren.*

##### Hinweise zur Versicherungsfähigkeit

- Für die Tarife Care College und Care Au-Pair:

*Ich habe vor, wieder in mein Heimatland zurückzukehren, bzw. ich besitze nur eine befristete Aufenthaltserlaubnis.*

- Für den Tarif Care College:

*Der Hauptgrund meines Aufenthaltes ist die Aus- und Weiterbildung, bzw. es handelt sich um ein "working holiday" oder "work & travel" Programm.*

- Für den Tarif Care Visa Protect:

*Der Vertragsabschluss erfolgt im Zusammenhang mit einer Visumerteilung.*

- Für den Tarif Care Science:

*Ich bin chinesischer Stipendiat.*

##### Merkblatt zur Datenverarbeitung

*Ich erkläre, dass mir die Möglichkeit gegeben wurde, von dem Merkblatt zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.*

**Ärztliche Bescheinigung**

Unser Aktenzeichen: \_\_\_\_\_ (bitte immer angeben)

Zuständiger Versicherer: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ (bitte immer angeben)

Sehr geehrte/r Frau/Herr Doktor,  
damit wir die uns im Rahmen einer Reise-Rücktrittskosten-Versicherung angemeldeten Ansprüche sachgerecht beurteilen können, benötigen wir noch einige Informationen. Wir bitten Sie daher, die nachfolgenden Fragen vollständig in Druckschrift zu beantworten. Sollte der Platz nicht ausreichen, so bitten wir um Ergänzung auf einem gesonderten Blatt.

**1. Patient:**

Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum:
Name, Vorname:		
Anschrift:	Straße:	PLZ: Ort:

**2. Angaben zum Stornierungsgrund**

2.1. Genaue Diagnose der / des zur Reiserücktrittsversicherung führenden Krankheit bzw. Unfallfolge (bitte ICD Code angeben)	ICD Code:	Genaue Diagnose:
2.2. Vorgeschichte / Gesamtanamnese		
2.3. Datum der Erstdiagnose / des Unfalls	Datum der Erstdiagnose:	Ggf. Datum des Unfalls:
2.4. Arbeitsunfähigkeit wurde bescheinigt (Bitte Kopie der AU-Bescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> nein, da	<input type="checkbox"/> ja, von bis
2.5. stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von bis (Bitte Aufnahmebefund und Entlassbericht in Kopie beifügen)
2.6. eingeleitete Therapiemaßnahmen / Medikamente	Therapiemaßnahmen:	Medikamente:
2.6. Behandlungen wegen dieser Erkrankung	Durchgeführte Behandlungen, Untersuchungen:	Daten der Behandlungen, Untersuchungen:
2.7. Bestand die Erkrankung bereits seit längerem	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit dem
2.8. Wann erfolgten innerhalb der letzten 3 Jahre Behandlungen zu der genannten Erkrankung	Behandlungsdaten:	Daten der Behandlung wegen Verschlechterung der Grunderkrankung:
2.9. eine Überweisung an den Facharzt erfolgte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am an: Name Anschrift:

**3. Sonstiges:**

3.1. Wurden Sie vor der Reisebuchung nach der Reisefähigkeit gefragt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am
3.2. wurden Sie nach der Reisebuchung nach der Reisefähigkeit gefragt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, erstmals am letztmals am
3.3. soweit Frage 3.1. bzw. 3.2. bejaht wurde, wurde dem Patienten/den Angehörigen wurde folgender Rat/Hinweis erteilt		
3.4. vom Reiseantritt wurde abgeraten	<input type="checkbox"/> nein, da	<input type="checkbox"/> ja, am

Ort; Datum

Stempel und Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_