

# Anlage A

Generali Deutschland Versicherung AG  
Transportversicherung Schaden  
Adenauerring 11, 81737 München  
E-Mail: [schadenservice@generali.com](mailto:schadenservice@generali.com)  
Fax: 089 5121-8958



Schaden- oder Versicherungsschein-Nummer

## Bescheinigung des behandelnden Arztes

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen im Interesse unseres Kunden/Ihres Patienten vollständig zu beantworten, damit wir die Leistungspflicht aus der Reiserücktrittskosten-Versicherung beurteilen können.

|   |              |
|---|--------------|
| Name des Patienten                        | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort |              |

### 1 Krankheit/Unfall

|  |  |               |
|--|--|---------------|
| 1.1 Genaue Diagnose<br>(Bitte auch ICD 10 Code angeben)  | ICD Code:  |               |
| 1.2 Wann wurde die Diagnose gestellt bzw. wann ereignete sich der Unfall?  |  |               |
| 1.3 Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmals ein Arzt aufgesucht?  |  |               |
| 1.4 Bestand Arbeitsunfähigkeit?  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom   | bis           |
| 1.5 Stationäre Behandlung?   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom   | bis           |
| 1.6.1 Bestand diese Krankheit schon längere Zeit?  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit wann genau (Datum)                     |               |
| 1.6.2 Wann erfolgten wegen dieser Krankheit im einzelnen Behandlungen?<br>(Bitte mit Datumsangabe)   |  |               |
| 1.6.3 Haben in den letzten 6 Monaten vor Reisebuchung Behandlungen aufgrund dieser Erkrankung bei Ihnen oder einem anderen Arzt stattgefunden? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am  |               |
| 1.6.4 Wurden Medikamente zur Behandlung eingesetzt?  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?                                     |               |
| 1.6.5 Ist eine gravierende Verschlechterung eingetreten?   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit wann genau (Datum) und in welcher Art? |               |
| 1.6.6 Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die in Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?  |  |               |
| 1.7 Bestanden zur Zeit der Reisebuchung Bedenken, ob der/die Patient/in die geplante Reise ohne gesundheitliches Risiko durchführen kann?      |  |               |
| 1.8 Wurden Sie nach der Reisefähigkeit gefragt?  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, erstmals am                                 | letztmalig am |
| 1.9 Haben Sie vom Antritt der Reise abgeraten?   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am  |               |

### 2 Schwangerschaft

|   |  |                        |
|---|--|------------------------|
| 2.1 Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?            | Am:  | Schwangerschaftswoche: |
| 2.2 Traten Komplikationen auf?                              | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit wann genau (Datum) und in welcher Art? |                        |
| 2.3 Wann (Datum) haben Sie vom Antritt der Reise abgeraten? |  |                        |

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

# Anlage B

Generali Deutschland Versicherung AG  
Technische Versicherungen Schaden  
Adenauerring 7, 81737 München  
E-Mail: schadenservice@generali.com  
Fax: 089 5121-5968



Schaden- oder Versicherungsschein-Nummer

→ Bitte ausgefüllt an uns zurücksenden.

## Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Damit wir für Sie tätig werden können, benötigen wir die Schweigepflichtentbindungserklärung des Patienten vollständig ausgefüllt und unterschrieben wieder zurück.

Gerne informieren wir Sie, wie wir die Patientendaten verarbeiten und verwenden. Im Jahr 2012 haben wir die Texte der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung mit den Datenschutzaufsichtsbehörden abgestimmt.

Bitte wählen Sie unter Ziffer 1. der Erklärung eine der beiden Möglichkeiten aus. **Wenn Sie sich für „Möglichkeit I“ entscheiden, können wir diesen Schadenfall schneller bearbeiten.**

|   |              |
|---|--------------|
| Name des Patienten                        | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort |              |

### 1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem/diesem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die Generali Deutschland Versicherung AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse bzw. die des Patienten prüft, 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 Generali Deutschland Versicherung AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung bzw. die des Patienten 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.

Sie können bzw. der Patient kann diese Erklärungen bereits hier (Möglichkeit I) oder später im Einzelfall (Möglichkeit II) erteilen. Sie können Ihre bzw. der Patient kann seine Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die Generali Deutschland Versicherung AG – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten/ die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können, bei Ärzten, Heilpraktikern, Pflegepersonen 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 Stellung des Versicherungsantrags an die Generali Deutschland Versicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Generali Deutschland Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer 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:

Ich wünsche, dass mich die Generali Deutschland Versicherung AG 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 die Generali Deutschland Versicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige

– oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Stellung des Versicherungsantrags beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Generali Deutschland Versicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Stellung des Versicherungsantrags vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

### 2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Generali Deutschland Versicherung AG benötigt die Einwilligung und Schweigepflichtentbindung des Patienten, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten bzw. die des Patienten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Generali Deutschland 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 Generali Deutschland Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

### 3. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, [www.informa-irfp.de](http://www.informa-irfp.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann die Generali Deutschland Versicherung AG an das HIS melden. Die Generali Deutschland Versicherung AG und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer oder des Patienten nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die Generali Deutschland Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für die Generali Deutschland Versicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystem HIS melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Versicherungsnehmer

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient  
(sofern nicht Versicherungsnehmer)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters  
(Eltern für ihr minderjähriges Kind, Vormund etc.)