

Reiseantragsformular

Falls Sie medizinische Notfallhilfe benötigen, rufen Sie bitte gebührenfrei an:

Free – 855-308-3483

Für internationale Anrufe +1-319-448-3483

Kontakt diveassurance@robinassist.com sofort

Robin Assist wurde beauftragt, medizinische Notfallhilfe zu leisten und Ihren Schaden zu regulieren. Damit wir Ihren Anspruch schnell bearbeiten können, beachten Sie bitte diese Richtlinien:

1. Füllen Sie für jeden Anspruch und für jede versicherte Person ein **separates Antragsformular aus**.
2. Wenn Sie eine **Forderung nach einem Unfall oder einer Verletzung einreichen**, füllen Sie bitte die Abschnitte A, B, J und K vollständig aus.
3. Wenn Sie einen **Antrag für einen nicht medizinischen Vorfall oder den Verlust von persönlichem Gepäckstellen**, füllen Sie bitte die Abschnitte A und D – K entsprechend aus.
4. Wenn Sie eine **Unfallversicherung einreichen**, füllen Sie bitte die Abschnitte A, C, J und K aus.
5. Bitte senden Sie dieses vollständig ausgefüllte Formular per E-Mail an **claims@robinassist.com** und fügen Sie ALLE Originalrechnungen im Zusammenhang mit dem Schadenfall sowie Reisebelege bei (z. B. E-Mail-Bestätigungen der Reise, Buchungsrechnungen, Tickets). Alle Einreichungen müssen innerhalb von **90 TAGEN** nach dem Datum des Schadens oder des Beginns der Behandlung bei Robin Assist eingehen.

A. Angaben zum Hauptversicherten

<input type="radio"/> Herr			<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Sonstige	Vorname:		Nachname:	
Adresse:								
Postleitzahl/Platz:			Land:			Telefon-Nummer:		
E-mail:						Police-Nummer:		
Police Währung:								
<input type="radio"/> US \$	<input type="radio"/> EUR €	<input type="radio"/> GB £	<input type="radio"/> Sonstiges	Für jede Leistung kann ein Selbstbehalt gelten. Die maximale Leistung und die Währung der Selbstbeteiligung richten sich nach der Währung, in der Ihre Reiseversicherung abgeschlossen wurde.				

ANGABEN DES ANTRAGSTELLERS (falls abweichend von oben)

<input type="radio"/> Herr			<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Sonstige	Vorname:		Nachname:	
Adresse:								
Postleitzahl/Platz:			Land:			Telefon-Nummer:		
E-mail:						Berufliche Tätigkeit:		
War Reise für:			Daten der Reise. Von: (TT/MM/JJJJ):			Daten der Reise. An: (TT/MM/JJJJ):		
<input type="radio"/> Persönlich	<input type="radio"/> Business							
Ist der Anspruch die Folge eines Unfalls?								
<input type="radio"/> Ja			<input type="radio"/> Nein					

Erklärung

Aus Gründen des Datenschutzes erkenne(n) ich/wir an, dass alle persönlichen Daten, die ich/wir im Zusammenhang mit diesem Antrag erhalten habe(n), für die Versicherungsverwaltung und die Schadenuntersuchung gespeichert und verarbeitet werden. Zu diesem Zweck können die Informationen auch an ausgewählte Dritte und Rückversicherer weitergegeben werden.

- Ich/Wir willige(n) ein, dass Sie sensible Daten über mich/uns und andere Personen, die im Rahmen des Vertrages versichert werden können, verarbeiten dürfen.
- Mir/uns ist bekannt, dass alle von mir/uns angegebenen persönlichen Daten korrekt sein müssen und dass ich/wir die ausdrückliche Zustimmung der anderen versicherten Personen zur Weitergabe ihrer persönlichen Daten habe/n.
- Ich/Wir willige(n) in die Einholung von Auskünften bei anderen Versicherern, Kredit- und sonstigen Auskunftsteilen ein, um die von uns gegebenen Antworten zu überprüfen, und genehmige(n) die Weitergabe dieser Informationen.
- Ich/Wir erkläre(n), dass ich/wir bei der Regulierung alle Rechte auf Regress und Wiedererlangung an den Versicherer und/oder dessen Schadenregulierer abtrete(n). Bitte beachten Sie, dass wir Rechte auf Bergung und/oder Wiederherstellung haben und diese Rechte gegebenenfalls ausüben werden.
- Ich/Wir erkläre(n) nach bestem Wissen und Gewissen, dass die in diesem Formular gemachten Angaben richtig und vollständig sind.

Versicherte Person

Name:

Unterschrift:

Indem ich meinen Namen auf diesem Formular eintippe, unterschreibe ich elektronisch und diese elektronische Unterschrift ist das rechtliche Äquivalent zu meiner handschriftlichen Unterschrift.

Hauptversicherter/Versicherungsnehmer (falls abweichend)

Name:

Unterschrift:

Indem ich meinen Namen auf diesem Formular eintippe, unterschreibe ich elektronisch und diese elektronische Unterschrift ist das rechtliche Äquivalent zu meiner handschriftlichen Unterschrift.

B. Krankheitskosten und Krankenhausleistungen

Art der Krankheit/Verletzung: Datum des Auftretens: Zeitpunkt des Auftretens:

Wo die Krankheit/Verletzung aufgetreten ist: Bitte beschreiben Sie ausführlich, wie es zu der Verletzung gekommen

Name des persönlichen Hausarztes/Arztes des Antragstellers:

Telefon-Nummer: Email:

Name und Anschrift des Arztes/der Ärzte und/oder des Krankenhauses/der Krankenhäuser, in dem/denen die Behandlung durchgeführt wurde:

Falls die Behandlung stationär im Krankenhaus stattfand, geben Sie bitte die Daten an:

Wurde das Unternehmen für Notfallhilfe kontaktiert:

Ja Nein Falls nein, geben Sie bitte den Grund dafür an:

War die versicherte Person schwanger: Nein Ja Wenn ja, in welcher Woche?

Wenn die versicherte Person erkrankt ist, hat sie schon einmal darunter gelitten: Nein Ja Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben:

Verfügt die versicherte Person über eine private Krankenversicherung:

Nein Ja Wenn ja, geben Sie bitte den Namen, die Adresse und die Versicherungsnummer des Versicherungsträgers an:

NUR FÜR EU-BÜRGER

Wurde eine EHIC (Europäische Krankenversicherungskarte) mit auf die Reise genommen Nein Ja

Wurde diese dem Krankenhaus/Arzt vorgelegt? Nein Ja

C.
Persönlicher unfall

Wann ist die Verletzung oder (im Falle eines Todesfalls) der Tod eingetreten?

Bitte beschreiben Sie die Art des Verlustes oder wie der Tod eingetreten ist:

War die Verletzung oder die Todesursache auf natürliche Ursachen zurückzuführen:

Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an:

Land des Vorfalls:

Geforderter Betrag:

Bei einem Todesfall ist eine von einer zugelassenen Behörde ausgestellte Sterbeurkunde zu besorgen, deren Original an **claims@robinassist.com zu senden ist.**

D.
Annullierung oder kürzung

Wann wurde die Reise gebucht (TT/MM/JJJJ): Land der Reise: Wann wurde die Reise storniert/abgebrochen (TT/MM/JJJJ):

Bitte geben Sie eine ausführliche Erklärung ab, warum die Reise storniert/gekürzt wurde:

Wenn die Stornierung nicht durch die reisende Person verursacht wurde, geben Sie bitte den Namen der Person an, die die Stornierung der Reise verursacht hat, und ihre Beziehung zu der/den reisenden Person(en):

Wurde im Falle einer Unterbrechung der Reise die Notrufzentrale kontaktiert?

Nein Ja Wenn ja, geben Sie bitte die angegebene Referenznummer

Sind zusätzliche Kosten entstanden?

Ja Nein

Wenn ja, machen Sie bitte nachstehende Angaben und senden Sie alle Rechnungen/Belege mit diesem Antrag ein:

Bitte bestätigen Sie, an wen die Erstattung zu zahlen ist: Geforderter Betrag:

Zusätzlich erforderliche dokumente

Wenn die Reise aufgrund einer Verletzung/Krankheit der reisenden Person storniert wurde, benötigen wir eine schriftliche Bestätigung des Hausarztes, dass die versicherte Person reiseunfähig ist.

Wenn die Reise aufgrund einer Verletzung/Erkrankung eines Dritten storniert wurde, benötigen wir eine schriftliche Bestätigung des Hausarztes des Dritten, der die Verletzung/Erkrankung bestätigt.

Bitte auch angeben:

- Belege für die Stornierung der Reise aus einem anderen, oben nicht beschriebenen Grund.
- Original-Buchungsrechnung.
- Stornorechnung mit Angabe der angefallenen Kosten.

Zusätzliche Informationen

Geben Sie Einzelheiten zu allen anderen Versicherungen an, die Sie abgeschlossen haben, unabhängig davon, ob Sie glauben, dass diese zu diesem Schaden beitragen, z. B. Hausratversicherung, private Krankenversicherung, persönliche Reiseversicherung, Kreditkartenversicherung usw:

Name des Versicherers:	Police-Nummer:
Adresse:	

Zusätzlich erforderliche dokumente

- Im Falle des Verlusts von persönlichem Gepäck MUSS jeder Vorfall innerhalb von 24 Stunden der örtlichen Polizei gemeldet werden. Es muss eine Vorfallsnummer und ein Verlustbericht angefertigt und an claims@robinassist.com geschickt werden.
- Wenn der Schaden am Flughafen oder im Flugzeug eingetreten ist, MUSS der Vorfall der Fluggesellschaft innerhalb von 24 Stunden mittels eines Vorfallsberichts gemeldet werden. Wir verlangen, dass der Vorfallsbericht zusammen mit diesem Antragsformular eingereicht wird.
- Legen Sie Nachweise über den ursprünglichen Kauf/Besitz vor, z. B. Quittungen, Bank-/Kreditkartenauszüge, Fotos, Verpackungen, Bedienungsanleitungen, Wertgutachten.
- Bitte beachten Sie, dass wir einen Abzug bei der Reklamation vornehmen können, wenn der Kaufnachweis nicht erbracht wird und/oder wenn Verschleiß vorliegt.
- Wenn die Artikel bereits ersetzt wurden, senden Sie bitte die Ersatzrechnung oder die Quittung.

G. Verlust des reisepasses

Bitte bestätigen Sie, wo der Reisepass verloren gegangen ist:

Bitte machen Sie genaue Angaben zu den Kosten, die für den Ersatz des Reisepasses angefallen sind, und legen Sie Quittungen vor:

H. Quarantänekosten

Datum der Covid-19-Diagnosen:	Dauer der Quarantäne:	Unterkunftskosten:
Land der Quarantäne:	Sonstige Ausgaben:	Geforderter Betrag:

I. Verlorene tauchtage

Ursprüngliche Tauchdaten(TT/MM/JJJJ):	Daten der verlorenen Tauchtage (TT/MM/JJJJ):	Geforderter Betrag:	Land der verlorenen Tauchgänge:
Bitte geben Sie eine ausführliche Erklärung, warum die Tauchtage verloren gegangen sind:			

J. Erstattungsmethode

Wir bevorzugen die elektronische Zahlungsweise, um sicherzustellen, dass Sie Ihre Zahlung so schnell wie möglich erhalten, obwohl wir in den meisten Ländern auch Schecks ausstellen können.

Bitte erstatten Sie: Hauptversicherter Leistungserbringer

Name der Bank:	Name auf dem Konto (Zahlungsempfänger):	Konto-Nr./IBAN:
Leitweg #/ABA #	Bankleitzahl oder SWIFT-Code	Bank Adresse:

K. Ermächtigung zur Weitergabe von medizinischen Informationen

Ich bevollmächtige hiermit jeden Arzt oder andere Angehörige der Gesundheitsberufe, Krankenhäuser oder Einrichtungen des Gesundheitswesens, Apotheken, medizinische Dienstleister, Arbeitgeber, Verwalter von Leistungsplänen und jede Behörde auf Bundes-, Landes- oder kommunaler Ebene, eine vollständige Kopie aller medizinischen Informationen zur Verwendung und Weitergabe wie in dieser Vollmacht beschrieben zu erhalten. Weiterhin alle medizinischen und anderen Informationen, die sich in Ihrem Besitz oder unter Ihrer Kontrolle befinden, an Robin Assist und/oder deren Anwälte weiterzugeben, entweder direkt oder durch einen Vertreter, der in ihrem Namen handelt, sowie alle medizinischen Informationen, die sie anfordern, einschließlich, aber nicht beschränkt auf medizinische Aufzeichnungen, Berichte, Tabellen, Diagramme, Röntgenaufzeichnungen, Filme und Laborberichte.

Ich genehmige hiermit auch die Freigabe aller medizinischen Informationen über Diagnose, Pflege und Behandlung von Alkohol- und Drogenmissbrauch oder psychischer Gesundheit. Darüber hinaus genehmige ich die Freigabe aller Abrechnungsunterlagen und Auszüge, die sich in Ihrem Besitz oder unter Ihrer Kontrolle befinden.

Ich ermächtige Robin Assist, ihre Vertreter oder Beauftragten, Informationen, die gemäß dieser Ermächtigung erlangt wurden, an Gesundheitsdienstleister, Versicherer, Rückversicherer oder Schadensregulierer sowie an jede Regierungsbehörde weiterzugeben, die es für angemessen hält, und zwar ausschließlich zum Zweck der Bewertung und Verwaltung von Leistungsansprüchen. Mir ist ferner bekannt, dass die Informationen wie folgt weitergegeben werden können:

An andere Personen oder Organisationen, die im Zusammenhang mit einer Forderung geschäftliche oder juristische Dienstleistungen erbringen; wie es anderweitig gesetzlich vorgeschrieben ist;

- An jede Person oder jeden gesetzlich bevollmächtigten Vertreter, die/den ich angegeben habe;
- wie ich es weiter genehmige oder wie es zur Verhinderung oder Aufdeckung von Betrug erforderlich ist.

Diese "Ermächtigung zur Freigabe medizinischer Informationen" kann jederzeit widerrufen werden, es sei denn, die Maßnahmen wurden im Vertrauen auf. Wenn sie nicht vorher schriftlich widerrufen wird, bleibt sie für zwei (2) Jahre ab dem Datum der Unterschrift gültig. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass eine Fotokopie, eine Kopie per E-Mail oder eine Kopie per Fax (FAX) der Vollmacht akzeptiert wird und genauso gültig ist wie das Original. Mir ist bekannt, dass ich eine Kopie dieser Vollmacht anfordern kann.

Name:	Unterschrift:
Datum:	<i>Indem ich meinen Namen auf diesem Formular eintippe, unterschreibe ich elektronisch und diese elektronische Unterschrift ist das rechtliche Äquivalent zu meiner handschriftlichen Unterschrift.</i>

Bitte senden Sie das ausgefüllte Antragsformular und die entsprechenden Unterlagen (EINSCHLIESSLICH REISENACHWEIS) an Robin Assist unter claims@robinassist.com. Bei Fragen zu Ihrem Antrag rufen Sie bitte die Nummer 866-898-0921 an und wählen Sie die Durchwahl 3.

Hinweis zum Datenschutz: Personenbezogene Daten werden erhoben und gespeichert, um Ihren Anspruch zu prüfen, und unterliegen unserer Datenschutzrichtlinie. Ein Exemplar dieses Datenschutzhinweises und der Informationen über die Verwendung und Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf Anfrage erhältlich.

Formular zur Bevollmächtigung des persönlichen Vertreters

Bitte reichen Sie das ausgefüllte Antragsformular und ALLE unterstützenden Informationen und Unterlagen bei Robin Assist ein: **claims@robinassist.com**

A. Versichert

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):
Policy #:	Forderung #:	E-mail:
Adresse:		
Postleitzahl/Platz:	Land:	Telefon-Nummer:

B. Persönlicher Vertreter

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):
Adresse:		
Postleitzahl/Platz:	Land:	Telefon-Nummer:
E-mail:		

C. Ermächtigung

Ich bin damit einverstanden, dass die vertraulichen Informationen von Robin Assist an die unten mit Ihrer Unterschrift angegebenen Personen oder Organisationen weitergegeben und/oder von diesen entgegengenommen werden. Ich bin mir bewusst, dass ich auf Anfrage berechtigt bin, eine Kopie dieses unterzeichneten Formulars zu erhalten.

Ich genehmige hiermit die Anforderung und Freigabe meiner vertraulichen Informationen an meinen persönlichen Vertreter. Indem ich die unten genannte Person zu meinem persönlichen Vertreter ernenne, verstehe ich, dass ich dieser Person Zugang zu meinen vertraulichen Informationen und Krankenakten, das Recht, mit mir über meine medizinische Versorgung zu sprechen, und das Recht, Entscheidungen zu treffen, die mich binden, erteile.

Diese "Vollmacht des persönlichen Vertreters" kann jederzeit widerrufen werden, es sei denn, es wurde im Vertrauen auf diese Vollmacht gehandelt. Wenn sie nicht vorher schriftlich widerrufen wird, bleibt sie für zwei (2) Jahre ab dem Datum der Unterschrift gültig. Ich stimme zu, dass eine per E-Mail übermittelte Eine Kopie der Vollmacht wird akzeptiert und ist genauso gültig wie das Original. Mir ist bekannt, dass ich eine Kopie dieser Vollmacht anfordern kann.

Versicherte Person

Nachname:
Unterschrift:
<i>Indem ich meinen Namen auf diesem Formular eintippe, unterschreibe ich elektronisch und diese elektronische Unterschrift ist das rechtliche Äquivalent zu meiner handschriftlichen Unterschrift.</i>
Datum:

Persönlicher Beauftragter

Nachname:
Unterschrift:
<i>Indem ich meinen Namen auf diesem Formular eintippe, unterschreibe ich elektronisch und diese elektronische Unterschrift ist das rechtliche Äquivalent zu meiner handschriftlichen Unterschrift.</i>
Datum:

Hinweis zum Datenschutz: Personenbezogene Daten werden erhoben und gespeichert, um Ihren Anspruch zu prüfen, und unterliegen unserer Datenschutzrichtlinie. Ein Exemplar dieses Datenschutzhinweises und der Informationen über die Verwendung und Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf Anfrage erhältlich.