

## DiveAssure Schadensmeldung-Formular

**Sollten Sie medizinische Notfallhilfe benötigen, rufen Sie bitte sofort unsere Notrufhotline unter +44 (0)20 3137 3673 an**

NGS ist Ihr vereinbarter Leistungserbringer im Falle medizinischer Notfälle und Advent Claims bearbeitet Ihre Schadensmeldung. Um uns zu helfen, Ihren Fall so schnell wie möglich zu bearbeiten, folgen Sie bitte diesem Leitfaden:

1. Füllen Sie für jeden Schadensfall und jede versicherte Person ein **separates Schadensmeldungsformular** aus.
2. Wenn Sie eine **Schadensmeldung in Folge eines Unfalls oder einer Verletzung** einreichen, füllen Sie bitte die Abschnitte A, B, H & I komplett aus.
3. Wenn Sie eine **Schadensmeldung bezüglich eines nicht medizinischen Vorfalles oder persönlichen Gepäckverlusts** einreichen, füllen Sie bitte die zutreffenden Abschnitte A und D – H aus.
4. Wenn Sie eine **Schadensmeldung bezüglich eines tödlichen Unfalls** einreichen, füllen Sie bitte die Abschnitte A, C, H & I aus.
5. **Bitten senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an [ngsclaims@advent.claims](mailto:ngsclaims@advent.claims) und fügen Sie ALLE Originalrechnungen bezüglich des Schadensfalls sowie einen Reisenachweis (z.B. Bestätigungs-Email des Reiseveranstalters, Rechnungen, Tickets) hinzu. Schadensmeldungen MÜSSEN bei NGS **innerhalb von 90 Tagen** nach dem Schadensereignis **oder Behandlungsbeginn eingehen**.**

A. PRIMARY INSURED DETAILS / DATEN DES HAUPTVERSICHERUNGSNEHMERS		
Name (Nachname, Vorname, 2. Vorname):	Policen-Nummer:	
Adresse:		
Postleitzahl:	Telefonnummer:	
E-Mail:		
Währung der Police:	<input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/> € Andere (bitte angeben)	Ein Selbstbehalt kann auf jede Leistung zutreffen. Die Währung der max. Deckungssumme und Selbstbeteiligung entspricht der Währung, in der Sie ihre Versicherungspolice erworben haben.
CLAIMANT DETAILS (if different from above) / DATEN DES ANSPRUCHSSTELLERS (falls abweichend vom Hauptversicherungsnehmer)		
Name (Nachname, Vorname):		
Adresse:		
Postleitzahl:	Postleitzahl:	
Beruf:		
Die Reise war:	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beruflich	
Reisedaten: (TT/MM/JJJJ, z.B., 01/MAI/2015)      Von:      Bis:		
Resultiert der Schaden aus einem Unfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**DECLARATION / ERKLÄRUNG**

Aus Datenschutzgründen stimme/n ich/wir zu, dass alle von mir/uns erhobenen persönlichen Daten bezüglich und resultierend aus dieser Schadensmeldung für den Zweck der Versicherungsverwaltung und Schadensermittlung gespeichert und verarbeitet werden. Zu diesem Zweck dürfen die Daten an ausgesuchte Dritte und Rückversicherer weitergegeben werden

- Ich/wir stimme/n der Verarbeitung sensibler Daten über meine/unsere Person/en und andere Mitversicherte zu.
- Ich/wir verstehe/n, dass alle Angaben von persönlichen Daten korrekt sein müssen und haben das ausdrückliche Einverständnis anderer Mitversicherter über die Offenlegung ihrer persönlichen Daten eingeholt.
- Ich/wir stimme/n der Erhebung von Informationen von anderen Versicherungsträgern, Auskunftgebern und anderer Informationsagenturen zum Zwecke der Prüfung unserer Angaben zu und werden die Freigabe solcher Informationen genehmigen.
- Ich/ wir erkläre/n, dass wir bei einem Vergleich alle Rechte auf Rechtsnachfolge und Rückgewinnung an den Versicherer und/oder deren Schadensregulierer abtreten. Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass wir ein Recht auf Hilfeleistungen und/oder Rückgewinnung haben und dieses entsprechend zur Anwendung bringen werden.
- Ich/wir erklären, dass wir die Angaben in diesem Formular nach bestem Wissen und Gewissen, vollständig und korrekt gemacht haben.

**Eine Kopie unserer Datenschutzerklärung ist auf Anfrage verfügbar**

<b>Insured Person / Versicherte Person</b>	<b>Primary Insured / Policyholder (if different) / Hauptversicherungsnehmer (falls abweichend)</b>
Name:	Name:
Unterschrift:  Das Eintippen meines Namens auf diesem Formular stellt eine elektronische Unterschrift dar, die als Äquivalent zu meiner handschriftlichen Unterschrift rechtsbindend ist.	Unterschrift:  Das Eintippen meines Namens auf diesem Formular stellt eine elektronische Unterschrift dar, die als Äquivalent zu meiner handschriftlichen Unterschrift rechtsbindend ist.

### B. MEDICAL EXPENSES & HOSPITAL BENEFIT / MEDIZINISCHE AUSGABEN & KRANKENHAUSLEISTUNGEN

Art der Krankheit/ Verletzung:	
Datum der Erkrankung/ Verletzung(TT/MM/JJJJ):	Datum der Erkrankung/ Verletzung(TT/MM/JJJJ):
Ort der Erkrankung/ Verletzung:	
Bitte beschreiben Sie detailliert, wie die Verletzung entstanden ist:	
Name des Hausarztes des Anspruchsstellers (auch wenn nicht konsultiert):	
Adresse des Hausarztes:	
Telefonnummer:	Email:
Name(n) und Adresse des Arztes (der Ärzte) und/ oder Krankenhauses (Krankenhäuser), durch den/ das die Behandlung erfolgte:	
Falls Sie im Krankenhaus stationär aufgenommen wurden, von wann bis wann?	
Wurde das Notfallteam kontaktiert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls nicht, bitte erläutern warum:	
War die versicherte Person schwanger? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?	
Falls die versicherte Person an einer Krankheit litt, hat die Person in der Vergangenheit schon mal an derselben Erkrankung gelitten? <input type="checkbox"/> Ja (Falls ja, bitte erläutern) <input type="checkbox"/> Nein	
Hat die versicherte Person eine private oder gesetzliche Krankenversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, geben Sie bitte die Kontaktdaten des Versicherungsträgers an, einschließlich Name, Adresse und Versicherungsnummer:	

Forderungssumme in diesem Abschnitt:	
<b>FOR EU CITIZENS ONLY / NUR FÜR EINWOHNER DER EU</b>	
Wurde die EHC (europäische Krankenversicherungskarte bei der Reise mitgeführt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wurde die Karte dem Arzt/ Krankenhaus vorgelegt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>C. QUARANTINE EXPENSES / QUARANTÄNEKOSTEN</b>	
Datum der Covid-19-Diagnose:	Dauer der Quarantäne:
Land der Quarantäne:	Kosten für die Unterkunft:
Sonstige Ausgaben:	
Geforderter Betrag:	
<b>D. ACCIDENTAL DEATH / TÖDLICHER UNFALL</b>	
Wann hat sich der tödliche Unfall ereignet?	
Bitte beschreiben Sie die Umstände, unter denen der tödliche Unfall stattfand:	
Ist der Tod in Folge von natürlichen Ursachen erfolgt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, bitte erläutern:	
Forderungssumme in diesem Abschnitt:	
Im Falle eines Todesfalles muss eine von einer offiziellen Stelle ausgestellte Sterbeurkunde eingeholt und in Original an <a href="mailto:ngsclaims@advent.claims">ngsclaims@advent.claims</a> geschickt werden.	
<b>E. CANCELLATION OR CURTAILMENT / REISERÜCKTRITT ODER REISEABBRUCH</b>	
Wann wurde die Reise gebucht? (TT/MM/JJJJ):	
Wann wurde die Reise storniert/ abgebrochen? (TT/MM/JJJJ):	
Bitte erläutern Sie detailliert warum die Reise storniert/ abgebrochen wurde:	
Falls die Stornierung nicht auf Grund des Reiseteilnehmers erfolgte, bitte geben Sie den Namen der Person an, wegen der die Reise storniert wurde, und in welcher Beziehung diese Person zu dem/ den Reisenden steht:	
Falls die Reise abgebrochen wurde, wurde das Notfallteam kontaktiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sind zusätzlichen Kosten angefallen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, geben Sie diese bitte detailliert im Folgenden an und übersenden Sie alle Rechnungen/ Quittungen zusammen mit diesem Formular.	
An wen sollen Erstattungen ausgezahlt werden?	
Forderungssumme in diesem Abschnitt:	

**ADDITIONAL DOCUMENTS REQUIRED / ZUSÄTZLICH BENÖTIGTE DOKUMENTE**

Falls die Reise auf Grund von Krankheit oder Verletzung des Reisenden storniert wurde, benötigen wir eine schriftliche Bestätigung des Hausarztes, dass der Versicherungsnehmer nicht reisefähig war.

Falls die Reise auf Grund von Krankheit oder Verletzung Dritter storniert wurde, benötigen wir ein schriftliches Attest dessen Hausarztes, das die Krankheit/Verletzung der Person bestätigt.

Bitte legen Sie auch vor:

- Nachweise über die Reisetornierung aus anderen Gründen, als den oben beschrieben.
- Ursprüngliche Rechnung der Reisebuchung.
- Stornierungsbestätigung, die die entstandenen Kosten nachweist.

**F. LOST DIVING DAYS / VERLORENE TAUCHTAGE**

Ursprüngliche Tauchtage (MM/TT/JJJJ):

Verlorene Tauchtage (MM/TT/JJJJ):

Bitte erklären Sie ausführlich, warum Sie an den oben genannten Tagen nicht tauchen konnten:

Forderungssumme in diesem Abschnitt:

**ZUSÄTZLICHE ERFORDERLICHE DOKUMENTE**

Wenn die Tauchtage aufgrund einer Verletzung/Krankheit des Versicherten abgesagt wurden, benötigen wir eine schriftliche Bestätigung des Allgemeinarztes, dass die versicherte Person nicht tauchfähig war.

Wenn die Tauchtage aufgrund einer Verletzung/Krankheit eines Dritten an Bord des Schiffes abgesagt wurden, benötigen wir eine schriftliche Bestätigung des Schiffskapitäns, Reiseanbieters oder Reiseleiters.

Wenn die Tauchtage aufgrund der Wetterbedingungen abgesagt wurden, benötigen wir eine schriftliche Bestätigung des Schiffskapitäns, Reiseanbieters oder Reiseleiters.

Bitte fügen Sie auch folgendes bei:

- Dokumente zur Unterstützung der Absage der Tauchgänge für Gründe, die oben nicht beschrieben wurden
- Original Rechnung für die Reise-/Tauchbuchung

**G. TRAVEL DELAY/MISSED DEPARTURE / REISEVERZÖGERUNG/ VERPASSTE ABREISE**

Grund der Reiseverzögerung/ verpassten Abreise:

**TRAVEL DELAY / REISEVERZÖGERUNG**

Geplante Abreisedaten (Datum und Uhrzeit):

Flug-/Fähren- oder andere Referenznummer:

Tatsächliche Abreisedaten (Datum und Uhrzeit):

Flug-/Fähren- oder andere Referenznummer:

Anzahl der verspäteten Stunden:		
Name der Flug-/Fähr- oder anderweitigen Transport-Gesellschaft:		
Forderungssumme in diesem Abschnitt:		
<b>MISSED DEPARTURE / VERPASSTE ABREISE</b>		
Ort der Abreise:		Ort der verpassten Verbindung:
Welche/s Transportmittel wurde/n für die Anreise zum Abreiseort genutzt?		
Bitte erklären Sie, wie Sie die Reise fortgeführt haben:		
Forderungssumme in diesem Abschnitt:		
<b>H. BAGGAGE, PERSONAL EFFECTS, MONEY &amp; DOCUMENTS / GEPÄCK, PERSÖNLICHE GEGENSTÄNDE, GELD &amp; DOKUMENTE</b>		
Datum des Verlustes oder des Schadens (TT/MM/JJJJ):		Uhrzeit:
Bitte beschreiben Sie im Detail wie und wo der Verlust/ Schaden entstand:		
Bitte erklären Sie wann und welcher Behörde (z.B. Polizei/ Fluggesellschaft/ Reiseveranstalter/ Hotel, usw.) der Verlust/ Schaden gemeldet wurde, inklusive der kompletten Anschrift und Referenznummer:		
Falls sich bei dem Verlust um Reiseschecks, Schecks, Bargeld, Kredit- oder Bankkarten gehandelt hat, wann wurde der Emittent informiert?		
<b>ITEM DETAILS / GEGENSTANDSBESCHREIBUNG</b>		
Vollständige Beschreibung des ersten Gegenstandes:		
Ort des Kaufs:		Ort des Kaufs:
Kaufpreis:	Kaufpreis:	Kaufpreis:
Vollständige Beschreibung des ersten Gegenstandes:		
Ort des Kaufs:		Ort des Kaufs:
Kaufpreis:	Kaufpreis:	Kaufpreis:
<b>ADDITIONAL INFORMATION / ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN</b>		
Bitte nennen Sie uns andere vorhandene Versicherungspolizen, auch wenn Sie davon ausgehen, dass diese den entstandenen Schaden nicht erstatten, z.B. Hausratversicherung, Krankenversicherung, Reiseversicherung, Kreditkartenversicherung usw.:		
Name des Versicherers:		Policen-Nummer:
Adresse:		
<b>ADDITIONAL DOCUMENTS REQUIRED / ZUSÄTZLICH BENÖTIGTE DOKUMENTE</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Falle eines persönlichen Gepäckverlustes, MÜSSEN alle Vorfälle innerhalb von 24 Stunden bei der örtlichen Polizeibehörde gemeldet werden. Eine Fallnummer und Verlustmeldung muss eingeholt werden und an <a href="mailto:ngsclaims@advent.claims">ngsclaims@advent.claims</a> gesendet werden.</li> </ul>		

- Falls der Verlust am Flughafen oder im Flugzeug erfolgte, MUSS der Vorfall der Fluggesellschaft innerhalb von 24 Stunden in einer Verlustmeldung angezeigt werden. Wir benötigen die Verlustmeldung zusammen mit diesem Schadensmeldungsformular.
- Stellen Sie uns bitte Kaufbelege/ Besitznachweise zur Verfügung, z.B.: Quittungen, Kontoauszüge, Kreditkartennachweise, Fotoaufnahmen, Verpackung, Gebrauchsanweisungen, Wertgutachten, usw.
- Bitte beachten Sie, dass wir die Forderungssumme reduzieren, wenn Kaufbelege oder Besitznachweise nicht vorgelegt werden oder Verschleißerscheinungen bzw. natürliche Abnutzung zu berücksichtigen sind.
- Falls bereits Gegenstände ersetzt wurden, senden Sie uns bitte die entsprechende Rechnung/en oder Quittung/en zu.

### I. LOSS OF PASSPORT / VERLUST DES REISEPASSES

Wo wurde der Reisepass verloren?

Welche Kosten sind für den Ersatz des Reisepasses angefallen? Bitte entsprechende Quittungen mit einreichen.

### J. REIMBURSEMENT METHOD / ERSTATTUNGSMETHODE

Wir bevorzugen die Erstattung auf dem elektronischen Weg, um sicher zu stellen, dass Sie ihre Zahlung schnellstmöglich erhalten. In den meisten Ländern können wir aber auch Schecks ausstellen.

Bitte erstatten Sie an:  Hauptversicherungsnehmer  Leistungserbringer

Name der Bank:

Kontoinhaber:

Kontonummer/ IBAN:

Bankleitzahl/ BIC:

SWIFT

Adresse der Bank:

### K. AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION / ERMÄCHTIGUNG ZUR FREIGABE MEDIZINISCHER DATEN

Hiermit ermächtige ich jeden Arzt oder anderes medizinisches Personal, Krankenhaus oder Einrichtung zur Gesundheitsversorgung, Apotheke, Angestellten von medizinischen Leistungserbringern, Arbeitgeber, sowie jede staatliche, bundesstaatliche oder lokale Behörde komplette Kopien einzelner oder aller medizinischer Daten zum Zwecke in dieser Ermächtigung beschriebenen Nutzung offen zu legen. Des Weiteren ermächtige, dass alle medizinischen oder anderen Daten in Ihrem Besitz oder Kontrolle an **NGS / Advent Claims** und/oder deren Anwälte, weitergegeben werden können, entweder direkt oder durch Repräsentanten, die in deren Auftrag handeln. Ich ermächtige die Weitergabe aller angeforderten medizinischen Daten inklusive, aber nicht ausschließlich, medizinischer Akten, Berichte, Diagramme, Grafen, Röntgenaufnahmen, Filme und Laborberichte.

Außerdem ermächtige ich hiermit die Freigabe aller medizinischer Daten bezüglich Diagnose, Versorgung und Behandlung bezüglich Alkoholmissbrauchs, Drogenmissbrauchs oder psychischer Erkrankungen. Des Weiteren ermächtige ich die Freigabe jedweder Rechnungsdaten und Bescheinigungen, welche sich in Ihrem Besitz oder Kontrolle befinden.

Ich ermächtige außerdem **NGS / Advent Claims**, deren Repräsentanten oder Vertreter, Informationen freizugeben, die gemäß dieser Ermächtigung eingeholt wurden, an Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung, Versicherer, Rückversicherer oder Schadensermittler und jedwede staatliche Einrichtung, so wie sie es für angebracht halten und ausschließlich zum Zwecke der Beurteilung und Verwaltung von Leistungsansprüchen. Des Weiteren verstehe ich, dass Daten wie folgt weitergegeben werden können:

An andere Personen oder Organisationen, die einen Auftrag haben oder Rechtsdienstleistungen erbringen, die mit einem Schadensanspruch zusammenhängen; oder falls es anderweitig rechtlich erforderlich ist, an jede Person oder rechtmäßig ermächtigten Vertreter, die ich angegeben habe oder noch angeben werde; oder falls notwendig, um Betrug zu verhindern und aufzudecken.

Diese Ermächtigung zur Freigabe medizinischer Daten kann jederzeit widerrufen werden, mit der Ausnahme von Maßnahmen, die unter Berufung auf diese Ermächtigung bereits ergriffen wurden. Wenn nicht vorher schriftlich widerrufen, bleibt diese Ermächtigung ab dem Datum der Unterzeichnung für zwei (2) Jahre gültig. Ich stimme zu, dass eine Fotokopie, per E-Mail gesendete Kopie oder Fax dieser Ermächtigung akzeptiert

wird und als gleichwertig mit dem Original gewertet wird. Mir ist bewusst, dass ich eine Kopie dieser Ermächtigung einfordern kann.

Name:

Datum:

Unterschrift:

Das Eintippen meines Namens auf diesem Formular stellt eine elektronische Unterschrift dar, die als Äquivalent zu meiner handschriftlichen Unterschrift rechtsbindend ist.

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Schadensmeldeformular und alle Belege (**INKLUSIVE REISENACHWEIS**) an:

NGS / Advent:

[ngsclaims@advent.claims](mailto:ngsclaims@advent.claims)

Bei Fragen oder Anfragen bezüglich Ihrer Schadensmeldung, rufen Sie bitte +44 (0)20 3137 3673 an und wählen die **Weiterleitung 1**.

#### Datenschutzerklärung

Persönliche Daten werden verarbeitet und aufbewahrt, um Ihre Schadensforderung zu bearbeiten, und dies ist Teil unserer Datenschutzerklärung. Eine Kopie dieser Datenschutzerklärung und Erklärung, wie Ihre persönlichen Daten genutzt und aufbewahrt werden, ist auf Anfrage verfügbar.

## Bevollmächtigung eines persönlichen Stellvertreters

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Schadensmeldungsformular und ALLE Belege und Dokumente an NGS / Advent:

[ngsclaims@advent.claims](mailto:ngsclaims@advent.claims)

### A. INSURED / VERSICHERUNGSNEHMER

Name (Nachname, Vorname, 2. Vorname):

Policen-Nummer:

Policen-Nummer:

Geburtsdatum:  
(TT/MMM/JJJJ z.B. 23/NOV/1988)

Adresse:

Postleitzahl:

Land:

Telefonnummer:

E-Mail:

### B. PERSONAL REPRESENTATIVE / PERSÖNLICHER STELLVERTRETER

Name (Nachname, Vorname, 2. Vorname):

Geburtsdatum (TT/MMM/JJJJ):

Adresse:

Postleitzahl:

Land:

Telefonnummer:

E-Mail:

### C. AUTHORIZATION / ERMÄCHTIGUNG

Ich ermächtige, dass die vertraulichen Informationen, die NGS und Advent Claims aufbewahren, an Personen und Organisationen, wie unten angegeben und unterzeichnet, weitergegeben werden dürfen. Ich verstehe, dass ich auf Anfrage ein Recht auf den Erhalt einer Kopie dieses unterzeichneten Formulars habe.

Hiermit ermächtige ich die Herausgabe meiner vertraulichen, gespeicherten Informationen an meinen bevollmächtigten, persönlichen Stellvertreter. Ich verstehe, dass ich mit der Angabe der unten genannten Person als meinem persönlichen Stellvertreter die Ermächtigung erteile, dieser Person Zugang zu meinen vertraulichen Informationen und medizinischen Akten zu gewähren und die Person das Recht hat über meine medizinische Versorgung zu sprechen und Entscheidungen zu treffen, die für mich rechtskräftig sind.

Diese Bevollmächtigung eines persönlichen Stellvertreters kann jederzeit widerrufen werden, mit der Ausnahme von Maßnahmen, die unter Berufung auf diese Ermächtigung bereits ergriffen wurden. Wenn nicht vorher schriftlich widerrufen, bleibt diese Ermächtigung ab dem Datum der Unterzeichnung für zwei (2) Jahre gültig. Ich stimme zu, dass per E-Mail gesendete Kopie dieser Ermächtigung akzeptiert wird und als gleichwertig mit dem Original gewertet wird. Mir ist bewusst, dass ich eine Kopie dieser Ermächtigung einfordern kann.

Insured Person / Versicherungsnehmer	Personal Representative / Persönlicher Stellvertreter
Name:	Name:
Unterschrift:  Das Eintippen meines Namens auf diesem Formular stellt eine elektronische Unterschrift dar, die als Äquivalent zu meiner handschriftlichen Unterschrift rechtsbindend ist.	Unterschrift:  Das Eintippen meines Namens auf diesem Formular stellt eine elektronische Unterschrift dar, die als Äquivalent zu meiner handschriftlichen Unterschrift rechtsbindend ist.
Datum:	Datum:

**Datenschutzerklärung**

Persönliche Daten werden verarbeitet und aufbewahrt, um Ihre Schadensforderung zu bearbeiten, und dies ist Teil unserer Datenschutzerklärung. Eine Kopie dieser Datenschutzerklärung und Erklärung, wie Ihre persönlichen Daten genutzt und aufbewahrt werden, ist auf Anfrage verfügbar.