Schadensformular Storno

Europäische Reiseversicherung AG, Kratochwjlestraße 4, A-1220 Wien
Tel. +43/1/317 25 00-73930, Fax +43/1/319 93 67-73930, E-Mail: schaden@europaeische.at

Europäische Reiseversicherung

Bitte füllen Sie das Formular vollständig in Blockbuchstaben aus und schicken Sie es uns per Post, Fax oder E-Mail zu. Wenn Sie eine **Seminar-, Kongress- oder Eintrittskarten-Stornoversicherung** abgeschlossen haben, beantworten Sie bitte alle Fragen mit Bezug auf Reise entsprechend für Seminar, Kongress oder Veranstaltung.

Polizzen-/Kreditkartennr.: _____ Schaden-Nr.: _____
(wird von der Europäischen vergeben!)

A. Informationen zur Reise

Buchungsstelle (z.B. Reisebüro) _____ Reiseziel _____

gebucht am _____ Reisebeginn _____ Reiseende _____

Versicherungsabschluss am _____ Zweck der Reise ☐ privat ☐ beruflich ☐ sonstiges _____

Wann wurde ☐ storniert ☐ umgebucht ☐ abgebrochen _____

Reisepreis € _____ Stornokosten € _____ das sind _____ % des Reisepreises.

Ansprechpartner für etwaige Rückfragen: Stempel/Unterschrift Buchungsstelle (z.B. Reisebüro):

Name _____

Telefon _____ Datum _____

B. Informationen zum Reiseteilnehmer

☐ Herr ☐ Frau Vorname _____ Nachname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____ Land _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____ E-Mail _____

Weitere Reiseteilnehmer, die ebenfalls storniert/umgebucht/abgebrochen haben

Vor- und Nachname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis

Warum wurde storniert/umgebucht/abgebrochen? ☐ Krankheit ☐ Tod ☐ Schwangerschaft ☐ Sonstiges _____

☐ Unfall: Wurde der Unfall durch Dritte (mit)verursacht? ☐ Nein ☐ Ja (Unfallbericht – Name/Adresse des Unfallgegners beilegen)

Name der betroffenen Person _____

Bei nicht mitreisenden Familienangehörigen: Wie verwandt mit den Reiseteilnehmern? _____

Wann ist das Ereignis eingetreten, das zu Stornierung/Umbuchung/Abbruch führte? _____

Spitalsaufenthalt ☐ Nein ☐ Ja – von _____ bis _____

Krankmeldung bei der Sozialversicherung ☐ Nein ☐ Ja – von _____ bis _____

Besitzen Sie eine **weitere Stornoversicherung** oder eine **Kreditkarte**? ☐ Nein ☐ Ja – welche?

Versicherer: _____ Polizzen-Nr. _____

☐ Visa ☐ MasterCard ☐ DinersClub ☐ AmericanExpress ☐ _____ Karten-Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ XXXX

☐ Visa ☐ MasterCard ☐ DinersClub ☐ AmericanExpress ☐ _____ Karten-Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ XXXX

Karteninhaber: _____

Wurden bereits Ersatzansprüche bei anderen Versicherungsgesellschaften gestellt bzw. Entschädigungszahlungen geleistet?

☐ Nein ☐ Ja – Versicherungsgesellschaft _____ Höhe: € _____

Für die rasche Schadensbearbeitung legen Sie bitte die folgenden Unterlagen bei:

- Versicherungsnachweis
- Buchungsbestätigung und Stornorechnung (bei Flugbuchungen zusätzlich die Refundbelege)
- bei Erkrankung/Unfall/Schwangerschaft: lassen Sie bei Storno/Umbuchung bitte das ärztliche Attest auf der Folgeseite ausstellen bei Abbruch: ein Attest des Arztes vor Ort (inkl. Diagnose)
- bei anderen Stornogründen: der entsprechende Beleg (z.B. Einberufungsbefehl, Scheidungsklage, Maturazeugnis, Sterbeurkunde)
- sofern ein nicht mitreisender Familienangehöriger betroffen ist, bitte zusätzlich einen Verwandtschaftsnachweis beilegen (Geburtsurkunde etc.)
- nicht genutzte Reisedokumente (z.B. Eintrittskarten) im Original

Zahlung der Versicherungsleistung an ☐ einen Reiseteilnehmer ☐ die Buchungsstelle (z.B. Reisebüro)

auf folgendes Konto: Kontoinhaber _____

IBAN _____ SWIFT/BIC _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben. Ich entbinde hiermit den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass meine Daten dem Versicherer übermittelt werden dürfen.

Datum _____ Unterschrift _____

Polizzen-/Kreditkartennr.: _____ Schaden-Nr.: _____
(wird von der Europäischen vergeben!)

C. Attest vom behandelnden Arzt (bei fachärztlicher Behandlung vom Facharzt, bei Spitalsbehandlung vom Krankenhaus - psychische Erkrankungen sind durch einen Facharzt der Psychiatrie zu bestätigen)

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

wegen Erkrankung/Unfall/Schwangerschaft Ihres Patienten werden bei uns im Rahmen der Stornoversicherung Ansprüche geltend gemacht. Im Interesse einer bedingungsgemäßen Bearbeitung des Versicherungsfalles bitten wir Sie um vollständige Beantwortung der folgenden Fragen. Vielen Dank für Ihre Bemühungen. Europäische Reiseversicherung AG

Vor- und Nachname des Patienten _____ Geburtsdatum _____

1. Genaue Diagnose (bitte leserlich):

   verordnete Therapie:

2. Wann erkrankte der Patient / Wann ist der Unfall eingetreten / Wann wurde die Diagnose gestellt?
   (bei Schwangerschaft: wann wurde die Schwangerschaft festgestellt) Datum: T T M M J J J J
3. Ist die Erkrankung/Unfallfolge medizinisch als schwer zu betrachten (d.h. gleichzustellen mit zwingender Reiseunfähigkeit)?
   ☐ Nein ☐ Ja Wann war erstmalig die Reiseunfähigkeit erkennbar? Datum: T T M M J J J J

3a. Falls nicht mitreisender Angehöriger (wie Lebensgefährte, Kinder, Eltern, Geschwister) betroffen ist:
   Wann war erkennbar, dass die Anwesenheit des Versicherten dringend erforderlich war? Datum: T T M M J J J J
4. Handelt es sich um eine Erkrankung/Unfallfolge, die bereits vor **Versicherungsabschluss/Reisebuchung** bestanden hat?
   ☐ Nein ☐ Ja – seit wann: T T M M J J J J → **wenn JA, bitte zusätzlich Fragen 5 und 6 beantworten**

Nur bei bestehenden Erkrankungen/Unfallfolgen auszufüllen:

5. Bestanden zur Zeit des **Versicherungsabschlusses/Reisebuchung** (Datum T T M M J J J J)
   Bedenken gegen den Antritt der Reise? ☐ Nein ☐ Ja
   Konnte der Patient mit planmäßigem Antritt der Reise rechnen? ☐ Nein ☐ Ja
   Ist eine gravierende, unerwartete Verschlechterung eingetreten? ☐ Nein ☐ Ja
6. War der Patient in den letzten ☐ 9 Monaten / ☐ 12 Monaten **VOR VERSICHERUNGSABSCHLUSS bzw. REISEBUCHUNG** in Zusammenhang mit der oben angeführten Diagnose in stationärer Behandlung? (ausgenommen Kontrolluntersuchungen)
   ☐ Nein ☐ Ja
   War der Patient in den letzten 6 Monaten **VOR VERSICHERUNGSABSCHLUSS bzw. REISEBUCHUNG** in Zusammenhang mit der oben angeführten Diagnose in ambulanter Behandlung? (ausgenommen Kontrolluntersuchungen)
   ☐ Nein ☐ Ja

Um weitere Anforderungen zu vermeiden, legen Sie bitte einen Auszug aus der Krankenkartei, bei stationärem Aufenthalt einen Krankenhausbericht inkl. Anamnese bzw. bei Schwangerschaft eine Kopie des Mutter-Kind-Passes bei.

Raum für Bemerkungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben zum oben genannten Patienten für das Reiseziel _____ mit Reisebeginn _____. Ich verpflichte mich zur mündlichen Auskunftserteilung zu gegenständlichen Attestangaben gegenüber den Vertrauensärzten des Versicherers. Der Versicherer behält sich vor, unwahre Angaben gemäß §146 StGB rechtlich zu verfolgen.

Welcher Arzt kann zum Krankheitsgeschehen am besten Auskunft geben (Name, Adresse und Telefonnummer des Arztes):

_____

_____

_____
Datum, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Stand 03/2015