

# Schadenmeldung für die Reisesorno-Versicherung

EUROPÄISCHE Reiseversicherung AG, Augasse 5-7, A-1090 Wien, Tel: +43/1/317 25 00, Fax: +43/1/319 93 67, e-mail: info@europaeische.at

Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig und vollständig in Blockbuchstaben aus und senden Sie es an unsere oben angeführte Adresse. Vergessen Sie bitte nicht die ärztliche Bescheinigung auf der Rückseite, die vom behandelnden Arzt auszufüllen ist. Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Pol.Nr.: \_\_\_\_\_

Schaden Nr.: \_\_\_\_\_

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

(Wird von der EUROPÄISCHEN vergeben!)

## A. Fragen an das Reisebüro bzw. den Reiseveranstalter

Reiseveranstalter \_\_\_\_\_ Reiseziel \_\_\_\_\_

gebucht am \_\_\_\_\_ Reisebeginn \_\_\_\_\_ Reiseende \_\_\_\_\_

Wann wurde die Reise  storniert  umgebucht  abgebrochen \_\_\_\_\_

Arrangementpreis € \_\_\_\_\_ Besteht eine inkl. Stornovers. über den Veranstalter?  Nein  Ja

Höhe der Stornospesen € \_\_\_\_\_ das sind \_\_\_\_\_ % des Reisepreises

Ansprechpartner für etwaige Rückfragen: \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

## B. Fragen an den Reiseteilnehmer

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Weitere Reiseteilnehmer, deren Reise ebenfalls storniert/umgebucht/abgebrochen wurde

Vor- und Zuname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Warum wurde die Reise storniert?

Krankheit  Unfall  Tod  Schwangerschaft  Schaden am Eigentum

Arbeitsplatzverlust  Impfunverträglichkeit  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Name der betroffenen Person \_\_\_\_\_

Bei nicht mitbuchender Person: Wie verwandt mit den Reiseteilnehmern? \_\_\_\_\_

Besteht noch eine weitere Versicherung mit Stornoschutz?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wann ist das Ereignis eingetreten, das zur Stornierung führte? \_\_\_\_\_

Spitalsaufenthalt  Nein  Ja von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Krankmeldung bei der Sozialversicherung  Nein  Ja von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die Versicherungsleistung soll  ein Reiseteilnehmer  das buchende Reisebüro

auf das nachstehend genannte Konto erhalten. Konto lautet auf \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_ Konto-Nr. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Verwendungszweck \_\_\_\_\_ IBAN\* \_\_\_\_\_ BIC Code\* \_\_\_\_\_

Ich entbinde hiermit den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass meine Daten dem Versicherer übermittelt werden dürfen. \* nur bei Auslandsüberweisung

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Pol.Nr.: \_\_\_\_\_

Schaden Nr.: \_\_\_\_\_

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

(Wird von der EUROPÄISCHEN vergeben!)

**C. Fragen an den behandelnden Arzt** (bei fachärztlicher Behandlung an den Facharzt, bei Spitalsbehandlung an das Spital)

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,  
wegen der Erkrankung bzw. des Unfalls Ihres Patienten werden bei uns im Rahmen der Reise-Stornoversicherung Ansprüche geltend gemacht. Im Interesse einer bedingungsgemäßen Bearbeitung des Versicherungsfalles bitten wir Sie um vollständige Beantwortung der untenstehenden Fragen. Unser Versicherter ist verpflichtet, Sie gemäß Art. 7, Pkt. 1.5. der Reise-Stornoversicherungsbedingungen von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden.  
Für Ihre Bemühungen danken wir. EUROPÄISCHE Reiseversicherung AG

**Ärztliche Bescheinigung**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

1. Genaue Diagnosen (bitte leserlich):

verordnete Therapie:

War der Patient aufgrund der gestellten Diagnose in stationärer Behandlung?

Nein  Ja  Krankenhaus/Klinik: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Krankmeldung bei der Sozialversicherung

Nein - Begründung: \_\_\_\_\_

Ja (Kopie der Krankmeldung beilegen) von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

2. Wann erkrankte der Patient / Wann ist der Unfall eingetreten? Datum\*: \_\_\_\_\_

3. Ist diese Erkrankung/Unfallfolge medizinisch als schwer zu betrachten (d.h. gleichzustellen mit zwingender Reiseunfähigkeit?)

Nein  Ja Wann war erstmalig die Reiseunfähigkeit erkennbar? Datum\*: \_\_\_\_\_

3a. Falls nicht mitreisender Angehöriger (wie Lebensgefährte, Kinder, Eltern, Geschwister) betroffen ist: Wann war erkennbar, daß die Anwesenheit der/des Versicherten am Heimatort dringend erforderlich war? Datum\*: \_\_\_\_\_

\* falls diese Daten nicht übereinstimmen, bitte um Begründung:

4. War der Patient bei Versicherungsabschluss/Reisebuchung (Datum: \_\_\_\_\_) als reisefähig zu betrachten?

Nein  Ja

5. Handelt es sich um eine Erkrankung, die seit längerer Zeit besteht?  Nein  Ja seit wann: \_\_\_\_\_

Ist eine gravierende, unerwartete Verschlechterung eingetreten?  Nein  Ja

War der Patient in den letzten 12 Monaten vor Versicherungsabschluss aufgrund der gestellten Diagnose in stationärer Behandlung?

Nein  Ja  Krankenhaus/Klinik: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

6. Wurden Sie vor Versicherungsabschluss/Reisebuchung vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt?

Nein  Ja

Bei Schwangerschaft bitte zusätzlich eine Kopie des Mutter-Kind-Passes beilegen.

Raum für Bemerkungen:

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