

Schadenformular Storno

Wenn Sie einen **KursSeminarKongress-Stornoschutz** oder eine **Eintrittskarten-Stornoversicherung** abgeschlossen haben, beantworten Sie bitte alle Fragen mit Bezug auf Reise entsprechend für Kurs, Seminar, Kongress oder Veranstaltung.

Polizzenummer oder die ersten 8 Stellen der Kreditkartennummer _____

Schadennummer _____

A. Ereignis

Reisebeginn _____ Reiseende _____ Reiseziel _____

gebucht am _____ Versicherungsabschluss am _____ Zweck der Reise privat beruflich

Reisepreis EUR _____ Stornokosten EUR _____ Aufstellung der Stornokosten beilegen

Wann wurde storniert abgebrochen? Datum _____

Wann ist das Ereignis eingetreten, das zur Stornierung/Abbruch führte? Datum _____

Warum wurde storniert/abgebrochen? Krankheit Unfall Tod Schwangerschaft Sonstiges _____

Betroffene Person: Anrede _____ Vorname _____ Nachname _____ Titel _____

Geburtsdatum _____ Verwandtschaftsverhältnis zum ReisetTeilnehmer? _____

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

B. ReisetTeilnehmer, welche die Reise storniert/abgebrochen haben

Wenn mehr als 5
Personen betroffen
sind, bitte ein
zusätzliches Blatt
beilegen.

1. ReisetTeilnehmer: Anrede _____

Titel, Vor- und Nachname

E-Mail

Telefon

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

PLZ, Ort, Land

Geburtsdatum

2. ReisetTeilnehmer: Anrede _____

Titel, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

PLZ, Ort, Land

E-Mail

Telefon

Geburtsdatum

3. ReisetTeilnehmer: Anrede _____

Titel, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

PLZ, Ort, Land

E-Mail

Telefon

Geburtsdatum

Schadenformular Storno

Europäische Reiseversicherung AG
Schaden-Management
schaden@europaeische.at
 Kratochwjlestraße 4, A-1220 Wien

4. Reisetilnehmer: Anrede

Titel, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

PLZ, Ort, Land

E-Mail

Telefon Geburtsdatum

5. Reisetilnehmer: Anrede

Titel, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

PLZ, Ort, Land

E-Mail

Telefon Geburtsdatum

Besitzen Sie eine weitere Stornoversicherung oder eine Kreditkarte?

Nein Ja – welche?

Versicherer _____ Polizzenummer _____

Karteninhaber

(bitte von allen Reisetilnehmern auszufüllen)

Kartennummer

Reise mit Karte an/bezahlt

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja													
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja													
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja													
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja													
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja													

Wurden bereits Ersatzansprüche bei anderen Versicherungsgesellschaften gestellt?

Nein Ja – an wen? Name, Adresse _____

Wurden diese Ansprüche anerkannt?

Nein in Bearbeitung Ja - Höhe EUR _____ (bitte Unterlagen beilegen)

Schadenformular Storno

Europäische Reiseversicherung AG
Schaden-Management
schaden@europaeische.at
Kratochwilestraße 4, A-1220 Wien

Für die Prüfung des Schadens legen Sie bitte die folgenden Unterlagen bei:

- Versicherungsnachweis/Für Kreditkarteninhaber: Nachweis der Kartenverwendung innerhalb von 3 Monaten vor Schadeneintritt = Kopie einer Monatsabrechnung
- Für Kreditkarteninhaber: Nachweis über die (An-)Bezahlung der Reise mit der Kreditkarte (Kopie Monatsabrechnung - alle für den Schadenfall nicht relevanten Umsätze können Sie gerne schwärzen)
- Für Kreditkarteninhaber: Nachweis über das Verwandtschaftsverhältnis zwischen Karteninhaber und mitstornierenden Personen
- Belege für den Beweis des Versicherungsfalles (z. B. vollständig ausgefüllter Teil C des Schadenformulars, ärztliche Atteste, Krankenhausberichte, Auszüge aus der Krankenkartei, Sterbeurkunde)
- bei Unfall mit Fremdverschulden: polizeilicher Unfallbericht (Name/Adresse Unfallgegner)
- bei Schwangerschaft: Mutter-Kind-Pass in Kopie
- nicht genutzte Eintrittskarten, Fahrscheine, etc. im Original (Onlinetickets: Übermittlung per E-Mail ausreichend)
- Buchungsbestätigung
- bei Stornierung: Stornorechnung (bei Flugbuchungen zusätzlich Refundbelege der Fluglinie)
- bei Abbruch: Belege über die zusätzlichen Rückreisekosten (z. B. Flugumbuchung) bzw. Abreisebestätigung (z. B. durch das Hotel)

Jeder Schadenfall ist anders.

Im Bedarfsfall können weitere Unterlagen/Originale für die Prüfung notwendig sein.

Zahlung der Versicherungsleistung an	<input type="checkbox"/> einen Reisetilnehmer
	<input type="checkbox"/> die Buchungsstelle (z. B. Reisebüro)
auf folgendes Konto:	
<input type="text"/>	
Kontoinhaber	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	BIC

Zur Prüfung Ihrer Ansprüche benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten. Die Verarbeitung dieser erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO zur Erfüllung des Versicherungsvertrages. Soweit für die Prüfung Ihrer Ansprüche auch Gesundheitsdaten erforderlich sind, verarbeiten wir diese auf Basis einer gesetzlichen Ermächtigung (§§ 11a – 11d VersVG). Nähere Informationen zu unserer Datenverarbeitung finden Sie unter europaeische.at/datenschutz

Wir sind stets bemüht, den Wünschen unserer Kunden gerecht zu werden und uns zu verbessern. Daher kontaktieren wir ausgewählte Kunden nach Erledigung eines Schadenfalls per E-Mail zum Zweck von Qualitäts- und Zufriedenheitsumfragen. Sie können dieser Kontaktaufnahme jederzeit per Mail an vertragsmanagement@europaeische.at widersprechen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben und entbinde meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies zur Prüfung meiner Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag notwendig ist.

Datum _____ Unterschrift _____

Schadenformular TEIL C

Europäische Reiseversicherung AG
Schadenabteilung
schaden@europaeische.at
Kratowjlestraße 4, A-1220 Wien

Polizzenummer oder die ersten 8 Stellen der Kreditkartennummer _____

Schadennummer _____

C. Ärztliche Bestätigung (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

(zur Weiterleitung an die Europäische Reiseversicherung AG)

Füllen Sie zur Bestätigung der Reiseunfähigkeit aufgrund von Krankheit/Unfall/Schwangerschaft das folgende Formular bitte vollständig und korrekt aus.

Behandelnder Arzt

Titel, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

Telefon

PLZ, Ort, Land

Patient

Titel, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

Geburtsdatum

PLZ, Ort, Land

Reiseziel _____

Reisebeginn _____

1. Genaue Diagnose (bitte leserlich):

2. verordnete Therapie:

3. Wann erkrankte der Patient / Wann ist der Unfall eingetreten / Wann wurde die Diagnose gestellt? Datum _____

(Bei Schwangerschaft: wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?)

Krankenhausaufenthalt Nein Ja – von _____ bis _____

Krankmeldung bei der Sozialversicherung Nein Ja – von _____ bis _____

4. Besteht für die gegenständliche Reise aus medizinischen Gründen Reiseunfähigkeit?

Nein Ja –Wann war erstmalig die Reiseunfähigkeit erkennbar? Datum _____

Falls ein nicht mitreisender Angehöriger (Lebensgefährte, Kinder, Eltern, Geschwister) betroffen ist:

Wann war erkennbar, dass Pflegebedarf bestanden hat? Datum _____

5. Handelt es sich um eine bereits bestehende Erkrankung/Unfallfolge? Nein Ja

6. Nur bei bestehenden Erkrankungen/Unfallfolgen auszufüllen:

Wurde die bestehende Erkrankung/Unfallfolge unerwartet akut? Nein Ja

Seit wann besteht die Erkrankung/Unfallfolge? Datum _____

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

Raum für Bemerkungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich 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 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