

Schadensformular Hotelstorno

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



Bitte füllen Sie das Formular vollständig in Blockbuchstaben aus und schicken Sie es uns per Post, Fax oder E-Mail zu.

Polizzen-Nr.: _____

Schaden-Nr.: _____

(wird von der Europäischen vergeben!)

A. Fragen an das Hotel bzw. den Vermieter

gebucht am _____ Aufenthalt von _____ bis _____

Wann wurde storniert abgebrochen _____

Gesamter Arrangementpreis € _____ für _____ Person(en)

Stornokosten für _____ Tage € _____ das sind _____ % des Arrangementpreises.

Ansprechpartner für etwaige Rückfragen: _____

Stempel/Unterschrift Buchungsstelle: _____

Name _____

Telefon _____

Datum _____

Hinweis: Bitte legen Sie die Buchungsbestätigung und die Stornorechnung bei – wenn Teil A vollständig ausgefüllt und vom Hotel/Vermieter mit Unterschrift bestätigt wird, kann die Stornorechnung entfallen.

B. Informationen zum Reiseteilnehmer

Herr Frau Vorname _____ Nachname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____ Land _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____ E-Mail _____

Weitere Reiseteilnehmer, die ebenfalls storniert/abgebrochen haben

Vor- und Nachname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Warum wurde storniert/abgebrochen? Krankheit Unfall Tod Schwangerschaft

Sonstiges _____

Hinweis: Bei Erkrankung/Unfall/Schwangerschaft lassen Sie bei Storno bitte das ärztliche Attest auf der Folgeseite ausstellen – bei Abbruch ein Attest des Arztes vor Ort; bei anderen Gründen den entsprechenden Beleg (z.B. Sterbeurkunde).

Name der betroffenen Person _____

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

Hinweis: Bitte legen Sie einen Verwandtschaftsnachweis bei (z.B. Geburtsurkunde, Heiratsurkunde).

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

Spitalsaufenthalt Nein Ja – von _____ bis _____

Krankmeldung bei der Sozialversicherung Nein Ja – von _____ bis _____

Besitzen Sie eine weitere Stornoversicherung? Nein Ja – welche?

Versicherer _____ Polizzen-Nr. _____

Zahlung der Versicherungsleistung an den Gast das Hotel / den Vermieter
 Anzahlung an den Gast und Restzahlung an das Hotel / den Vermieter
(Bankverbindung des Gastes angeben)

auf folgendes Konto: Kontoinhaber _____

Konto-Nr. _____ BLZ _____ Bank _____

IBAN* _____ BIC* _____

* nur bei Auslandsüberweisung

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 _____

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. Unser Versicherter ist verpflichtet, Sie gemäß Versicherungsbedingungen von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Vielen Dank für Ihre Bemühungen. Europäische Reiseversicherung AG

Vor- und Nachname des Patienten _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

1. Genaue Diagnose (bitte leserlich):

verordnete Therapie:

War der Patient aufgrund der gestellten Diagnose in stationärer Behandlung?

Nein Ja – Krankenhaus/Klinik: _____ von

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

 bis

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

Krankmeldung bei der Sozialversicherung:

Nein – Begründung: _____

Ja (Kopie der Krankmeldung beilegen) von

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

 bis

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

2. Wann erkrankte der Patient / Wann ist der Unfall eingetreten?

Datum^o

T	T	M	M	J	J	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^o

T	T	M	M	J	J	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^o

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

^o falls diese Daten nicht übereinstimmen, bitte um Begründung:

4. War der Patient bei Versicherungsabschluss/Reisebuchung (Datum:

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

) als reisefähig zu betrachten?

Nein Ja

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

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

Ist eine gravierende, unerwartete Verschlechterung eingetreten? Nein Ja

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

Nein Ja – Krankenhaus: _____ von

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

 bis

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

War der Patient in den letzten 6 Monaten vor Versicherungsabschluss aufgrund der Diagnose in ambulanter Behandlung?

Nein Ja – Arzt: _____ Datum der letzten Behandlung

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

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

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