

Schadensformular für Hotelbuchungen

Europäische Reiseversicherung AG, Kratochwjlestraße 4, A-1220 Wien

Tel. +43/1/317 25 00-73930, Fax +43/1/319 93 67-73930, E-Mail: hotelschaden@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 Reisepreis € _____ für _____ Person(en)

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

Ansprechpartner für etwaige Rückfragen: _____

Stempel/Unterschrift Hotel/Vermieter: _____

Name _____

Telefon _____

Datum _____

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 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? _____

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

Versicherer _____ Polizzen-Nr. _____

Visa MasterCard DinersClub AmericanExpress _____ Karten-Nr.

																					X	X	X	X
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---

Visa MasterCard DinersClub AmericanExpress _____ Karten-Nr.

																					X	X	X	X
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---

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 – wenn Teil A vom Hotel/Vermieter vollständig ausgefüllt und mit Unterschrift bestätigt wird, kann die Stornorechnung entfallen
- 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.)

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 _____

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 _____

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	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	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	J	J
4. Handelt es sich um eine Erkrankung/Unfallfolge, die bereits vor **Versicherungsabschluss** bestanden hat?
 Nein Ja – seit wann:

_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
T	T	M	M	J	J	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** (Datum

_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
T	T	M	M	J	J	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** in Zusammenhang mit der oben angeführten Diagnose in stationärer Behandlung? (ausgenommen Kontrolluntersuchungen) Nein Ja
War der Patient in den letzten 6 Monaten **VOR VERSICHERUNGSABSCHLUSS** 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