

SCHADENANZEIGE STORNOKOSTEN

ALLGEMEINES

Polizzenummer

Schadennummer

1. ANGABEN ZUR REISE

Reisebüro / Buchungsquelle

Reiseveranstalter

Reisepreis

Höhe der Stornospesen ohne Gebühren / % vom Reisepreis

Buchung am

Stornierung am

Reisebeginn

Reiseende

Reiseziel

2. TEILNEHMER, DEREN REISE STORNIERT WURDE

Name und Vorname

Straße

Postleitzahl / Ort

Geburtsdatum

E-Mail Adresse

Telefonnummer

Besitzen Sie eine Kreditkarte mit inkludierter Reiseversicherung?

Kreditkartennummer (die ersten 12 Ziffern)

Mastercard Visa Andere

Sind Sie Inhaber einer weiteren Stornoversicherung?

Wenn ja, welcher Versicherung?

Ja Nein

Teilnehmer 2

Geburtsdatum

Teilnehmer 3

Geburtsdatum

Teilnehmer 4

Geburtsdatum

Teilnehmer 5

Geburtsdatum

Teilnehmer 6

Geburtsdatum

3. SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruches mache. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus. Hinsichtlich einer bereits vor Versicherungsabschluss durchgeführten Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

4. GRUND FÜR DIE STORNIERUNG

Welche Person ist davon betroffen?

Sollte die betroffene Person kein Reiseteilnehmer sein, so geben Sie bitte den Verwandtschaftsgrad an

Ursache der Stornierung

Gesundheitliche Ursachen: Krankheit Schwangerschaft Unfall Todesfall

Andere Gründe

4.1. STORNOGRUND: GESUNDHEITLICHE URSACHEN

Bezeichnung der Diagnose

Wann trat die Krankheit auf?

Wann wurde der Arzt aufgesucht

Ambulante Behandlung von/bis

Stationäre Behandlung von/bis

Arbeitsunfähigkeit von/bis

Wann wurde der Arzt zum ersten Mal nach der Durchführung der Reise befragt?

Wie war seine Beurteilung?

Befand sich der Patient wegen der gleichen oder einer ähnlichen Erkrankung schon früher in ärztlicher Behandlung?

Ja Nein

5. ERKLÄRUNG

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

6. DER AUSZAHLUNGSBETRAG SOLL ANGEWIESEN WERDEN AN

IBAN	BIC
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontoinhaber	Adresse des Kontoinhabers
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>

FÜR EINE VOLLSTÄNDIGE SCHADENBEARBEITUNG FÜGEN SIE BITTE FOLGENDE DOKUMENTE HINZU

- Versicherungsnachweis
- Buchungsbestätigung
- Storno-Rechnung
- Detaillierte Unterlagen über den Grund der Stornierung bzw.
- Ärztliche Bescheinigung (detaillierte Unterlagen inkl. medizinischer Vorgeschichte, z.B.: Patientenkartei, Befunde etc.)

Datenschutzhinweis:

Gesundheitsdaten gehören einer besonderen Kategorie personenbezogener Daten an. Indem Sie uns anlässlich eines konkreten Versicherungsfalls solche Daten verbunden mit der Bitte um Prüfung und Schadenbearbeitung mitteilen, willigen Sie ausdrücklich ein, dass wir Ihre für die Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Gesundheitsdaten verarbeiten.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Wir weisen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass dann die Leistungspflicht aus dem Versicherungsfall evtl. nicht geprüft werden kann. Ist die Prüfung des Schadenfalls bereits abgeschlossen, können z.B. gesetzliche Aufbewahrungspflichten dazu führen, dass die Daten nicht gelöscht werden.

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

zur Vorlage bei
AWP P&C S.A., Niederlassung für Österreich
Pottendorfer Straße 23-25,
A-1120 Wien

Bitte nachstehende Fragen im Sinne der Erklärung des Versicherungsnehmers beantworten, sodass die Leistungspflicht aus der Stornoversicherung beurteilt werden kann.

Name des Patienten

Name des behandelnden Arztes

Diagnose

Wann wurde die Diagnose gestellt dd/mm/yy

Wann waren erstmals Anzeichen der jetzigen Krankheit erkennbar?

Bestand Arbeitsunfähigkeit?

Ab wann?

Ja Nein

Stationäre Behandlung?

Von/Bis

Ja Nein

Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt?

Wann war erstmalig die Reiseunfähigkeit erkennbar?

Bestand die Krankheit schon seit längerer Zeit?

Ja, seit

Nein

Bemerkung

Schwangerschaft

Ja, wann wurde diese festgestellt?

Nein

Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?

Welche Schwangerschaftskomplikationen führten zu dieser Beurteilung?

Ort, Datum

Unterschrift & Stempel des Arztes