

Schadensanzeige/ Reiserücktritts-Versicherung

Bitte senden Sie alle Unterlagen an:
Europäische Reiseversicherung AG
Leistungsabteilung
Postfach 80 05 45
81605 München

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

A Angaben zu den Reiseteilnehmern

1. Reiseanmelder, der diese Schadensanzeige ausfüllt bzw. unterschreibt

Name, Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Geburtsdatum

Telefon mit Vorwahl (geschäftlich)

Telefon mit Vorwahl (privat)

E-Mail-Adresse

2. Namen der Reiseteilnehmer, deren Reise storniert wurde

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wenn mehr als vier Personen die Reise gebucht hatten, geben Sie bitte den Verwandtschaftsgrad an (ggf. Nachweise beilegen).

Bitte Name und Anschrift des berechtigten Empfängers der Versicherungsleistung angeben:

Kontoinhaber

Name und Anschrift des Kreditinstituts

Bankleitzahl

Konto-Nummer

Bitte unbedingt bei Überweisung außerhalb Deutschlands angeben:

IBAN-Nr.

BIC-Code

B Angaben zur stornierten Reise

Reiseveranstalter

Reiseland

Die Reise wurde gebucht am

Geplanter Reisebeginn

Geplantes Reiseende

Reiseart:

Flugreise

Bahnreise

Ferienwohnung/Hotel

Busreise

Schiffsreise

Sonstige

Vorgangs-Nummer (falls bekannt)

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

C Angaben zum Versicherungsfall

1. Warum wurde die Reise storniert?

a) Unerwartete schwere Erkrankung Schwangerschaft Tod Impfunverträglichkeit

Bruch der Prothese oder Lockerung eines neu platzierten Gelenks

Unfall Unfalltag Unfallort

Wurde der Unfall durch Dritte verursacht? Ja (Bitte Unfallbericht beilegen) Nein

Name und Anschrift des Unfallverursachers/Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name/Anschrift/Vertrags-Nr.)

b) Arbeitsaufnahme unerwartete betriebsbedingte Kündigung

c) Sonstiges

Bitte Grund angeben und Nachweis beifügen

2. Wer hat den Versicherungsfall ausgelöst?

a) Einer der Reiseteilnehmer? Ja Nein

Name, Vorname

b) Ein nicht mitreisender Angehöriger? Ja Nein

Name, Vorname

Wie verwandt mit dem Reiseteilnehmer? Bitte Nachweis beifügen.

c) Eine Betreuungsperson? Ja Nein

Wer hätte während der Reise betreut werden sollen?

3. a) Wann ist das Ereignis eingetreten, das zur Stornierung geführt hat? Datum

b) Wann wurde die Reise storniert? Datum

c) Wenn nicht unverzüglich storniert wurde, bitte Begründung für die Verzögerung angeben.

Wann wurde die Versicherung abgeschlossen? Wenn nicht zusammen mit der Reisebuchung, bitte Begründung angeben.

4. Stornokosten bzw. Kosten aufgrund Verspätung öffentlicher Verkehrsmittel _____ €

Das entspricht % des gebuchten Reisepreises.

Anlagen:

- Versicherungsnachweis (z. B. Überweisungsprospekt, Prämienrechnung ..)
- Buchungsbestätigung und Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters
- Mietvertrag und Ausfallrechnung des Vermieters
- (Fachärztliches) Attest und Schweigepflichtenbindungserklärung
- Sterbeurkunde
- Kündigungsschreiben des Arbeitgebers
- Nachweis bei Schaden am Eigentum (z. B. polizeiliche Anzeige ...)

Beigefügt

Sonstige Unterlagen

D Angaben zu weiteren Versicherungen

Besitzen Sie oder ein anderer Reiseteilnehmer eine weitere Reiserücktritts-Versicherung? Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Unternehmen?

Bitte Versicherungs- oder Kreditkartennummer, ausgebendes Kreditinstitut (Bank, Sparkasse) angeben.

Erklärung zur Wahrheitspflicht

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

Ort

Datum

Unterschrift des Reiseanmelders

Die versicherte Person ist verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles die Reise unverzüglich zu stornieren, um die Stornokosten möglichst niedrig zu halten.

Versichert sind die dem Reiseveranstalter (ggf. Fluglinie, Ferienhausvermieter, Hotel o.ä.) vertraglich geschuldeten Stornogebühren (ohne Telefonkosten, Visagebühren, Versicherungsprämien und sonstige Kosten).

Ansprechpartner für Rückfragen (Reisebüro)

Mitarbeiter

Vorwahl

Rufnummer

(ggf. Stempel)

Schweigepflichtentbindungserklärung

Bitte senden Sie alle Unterlagen an:
Europäische Reiseversicherung AG
Leistungsabteilung
Postfach 80 05 45
81605 München

Mir ist bekannt, dass die Europäische Reiseversicherung AG Gesundheitsdaten bei den behandelnden Ärzten erheben darf, wenn diese für die Beurteilung ihrer Leistungspflicht oder des Leistungsumfangs erforderlich sind und ich in die Datenerhebung eingewilligt habe. Daher gebe ich folgende Erklärung ab (bitte ankreuzen):

- Ich erkläre mich einverstanden, dass sich die Europäische Reiseversicherung AG bei Rückfragen direkt an den Arzt bzw. das Krankenhaus wendet, der/das die diesem Schadensformular beigefügte „Ärztliche Bescheinigung“ ausgestellt hat. Die Mitarbeiter der Europäische Reiseversicherung AG entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an diese beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus und ist jederzeit widerrufbar.
- Eine Schweigepflichtentbindungserklärung gebe ich derzeit nicht ab. Statt dessen werde ich im Einzelfall schriftlich erklären, ob ich die entsprechenden Personen bzw. Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Schadensregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit der Europäische Reiseversicherung AG führen kann, sofern sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen deren Leistungspflicht nicht oder nur teilweise ermitteln lässt.

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person

Ärztliche Bescheinigung Reiserücktritts-Versicherung

Bitte senden Sie alle Unterlagen an:
Europäische Reiseversicherung AG
Leistungsabteilung
Postfach 80 05 45
81605 München

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

bei uns werden Ansprüche aus der Reiserücktritts-Versicherung geltend gemacht. Um die Rechtmäßigkeit dieser Ansprüche beurteilen zu können, bitten wir Sie, diese **ärztliche Bescheinigung möglichst komplett und den medizinischen Tatsachen entsprechend, objektiv auszufüllen**. Die bei uns versicherten Personen sind gemäß den Versicherungsbedingungen verpflichtet, die behandelnden Ärzte vollumfänglich von ihrer Schweigepflicht zu entbinden. Zur Klärung medizinischer Sachverhalte werden Sie ggf. von unserem Vertrauensarzt kontaktiert.

Mit freundlichen Grüßen
Europäische Reiseversicherung AG

Name des Patienten	
Straße / Hausnummer	
PLZ / Wohnort	Geburtsdatum
1. Genaue Diagnose, die zur Reiseunfähigkeit führte:	
2. Wann erkrankte der Patient/die Patientin? Wann war der Unfall? Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt? Datum	
Wann erfolgte die erste Behandlung der Beschwerden/Symptome, die zu dieser Diagnose führten? Datum	
Bestand bis zu diesem Zeitpunkt uneingeschränkte Reisefähigkeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wann wurde der erste Behandlungstermin vereinbart? Datum	
3. Medikation und therapeutische Maßnahmen:	
4. War eine stationäre Behandlung nötig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wann und wo? (Bitte Kopie des Krankenhausentlassungsberichtes beifügen)	
5. Bestand Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, von [] bis [] (Bitte Kopie der vom Arbeitgeber bestätigten AU-Bescheinigung beifügen.)	
6. Wurde diese Krankheit zuvor bereits einmal/mehrfach behandelt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wann und durch wen?	
7. Handelt es sich um eine Erkrankung, die seit längerer Zeit besteht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, seit wann? Datum Wann ist die gravierende Verschlechterung eingetreten? Datum	
8. Bestanden zur Zeit der Reisebuchung Bedenken gegen den Antritt der Reise? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wurden Sie danach gefragt? <input type="checkbox"/> Ja, am [] <input type="checkbox"/> Nein	
9. Wann war erstmals erkennbar, dass die Reise wegen des Gesundheitszustands nicht angetreten werden konnte? Datum Wenn dieses Datum vom Zeitpunkt des Behandlungsbeginns (Frage 2) abweicht, nennen Sie bitte die Gründe hierfür:	
10. Bemerkungen	
Ort	Datum
Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes	

Vorgangs-Nummer (falls bekannt)