

Schadenanzeige / Reiserücktrittskosten-Versicherung

Stornierung der Reisebuchung vor Antritt der Reise

Sie haben Ihre Reise leider stornieren müssen. Damit wir schnell und unkompliziert eine Versicherungsleistung erbringen können, brauchen wir von Ihnen einige wichtige Angaben. Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige sorgfältig aus – Ihr Reisebüro ist Ihnen gern dabei behilflich!

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

Telefon (0 89) 41 66-17 99

A Angaben zu den Reiseteilnehmern

1. Reiseteilnehmer, der diese Schadenanzeige ausfüllt bzw. unterschreibt

Name, Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum

Telefon mit Vorwahl (geschäftlich)

Telefon mit Vorwahl (privat)

Kontoinhaber

Name und Anschrift des Kreditinstituts

2. Namen der Reiseteilnehmer, deren Reisebuchung ebenfalls storniert wurde

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

3. Zahlung (die Versicherungsleistung soll der unter Punkt 1 genannte Reiseteilnehmer erhalten)

Ja Nein

Wenn nein, geben Sie bitte hier Name und Adresse bzw. Name, Adresse, Konto-Nummer und Bankleitzahl des Zahlungsempfängers an.

B Angaben zur stornierten Reisebuchung

Reiseveranstalter

Reiseland

Die Reise wurde gebucht am

Geplanter Reisebeginn

Geplantes Reiseende

Reiseart: Flugreise

Bahnreise

Ferienwohnung

Busreise

Schiffsreise

Sonstige

C Angaben zum Versicherungsfall

Unsere Leistung ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen (Rückseite der ärztlichen Bescheinigung).

1. Warum wurde die Reisebuchung storniert? / Rücktrittsgrund

Bitte fügen Sie ggf. geeignete Nachweise (z. B. polizeiliche Anzeige, Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft, Meldung an die Hausratversicherung) bei.

- a) Unerwartete schwere Erkrankung Schwangerschaft Tod
 Impfunverträglichkeit Unfall: Wer hat den Unfall verschuldet? _____
- b) Schaden am Eigentum durch Elementarereignisse Feuer strafbare Handlungen (z. B. Einbruchdiebstahl)
- c) Arbeitsaufnahme Arbeitslosigkeit
- d) Einberufung zum Grundwehrdienst / Zivildienst / Wehrübung Wiederholung einer Prüfung

2. Wer wurde direkt davon betroffen?

Einer der Reiseteilnehmer? Ja Nein

 Name, Vorname

Oder ein nicht mitreisender Angehöriger / eine Betreuungsperson? Ja Nein

 Name, Vorname

 Wie verwandt mit dem Reiseteilnehmer? Lebensgefährte in gemeinsamer Wohnung? Betreuungsperson? Wer wurde betreut?

Wie verwandt mit dem Reiseteilnehmer? Lebensgefährte in gemeinsamer Wohnung? Betreuungsperson? Wer wurde betreut?

3. Wann ist der Versicherungsfall eingetreten?

Wann ist das Ereignis eingetreten, das zur Stornierung geführt hat? Datum _____

Wann wurde die Reisebuchung storniert? Datum _____

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

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

4. Stornokosten

Die Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters beträgt _____ €

Das entspricht _____ % des gebuchten Reisepreises.

5. Wie hoch ist der Selbstbehalt, den Sie tragen müssen?

Bei Erkrankung _____ €

in allen übrigen Fällen € 25,- für _____ Personen, das entspricht _____ €

Anlagen

Prämienrechnung oder Versicherungsnachweis Ja Nein

Buchungsbestätigung Ja Nein

Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters Ja Nein

Sterbeurkunde Ja Nein

(Fachärztliches) Attest Ja Nein

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Ja Nein

Kündigungsschreiben des Arbeitgebers Ja Nein

Bescheinigung des Arbeitsamtes Ja Nein

Einberufungsbescheid Ja Nein

Nachweis bei Schaden am Eigentum Ja Nein

Sonstige Unterlagen _____

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).

Bei ausschließlich ambulanter Behandlung beträgt der Selbstbehalt 20 % der Stornokosten, mindestens jedoch € 25,- je Person (Teil A).

Bei den übrigen Rücktrittsgründen beträgt der Selbstbehalt – soweit vereinbart – € 25,- je Person (bei Ferienwohnungen wird nur eine Person gerechnet).

Ansprechpartner für Rückfragen (Reisebüro)

Mitarbeiter

Vorwahl

Rufnummer

Name, Adresse des Reisebüros (ggf. Stempel)

 Unterschrift (Reisebüromitarbeiter)

 Unterschrift des unter Teil A, Punkt 1, genannten Reiseteilnehmers

 Datum



Soforthilfe



Rücktransport



Gepäck



Reiserücktritt

Ärztliche Bescheinigung

Reiserücktrittskosten-Versicherung

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

bei uns werden Ansprüche in der Reiserücktrittskosten-Versicherung geltend gemacht. Die bei uns versicherten Personen sind gemäß Artikel 6 der Versicherungsbedingungen für Reiseversicherungen (siehe Rückseite) verpflichtet, die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden. Für Ihre Bemühungen danken wir Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen
Europäische Reiseversicherung AG

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

Telefon (0 89) 41 66-17 99

Name des Patienten

 -

Vorgangs-Nummer

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Geburtsdatum

1. Um welche Krankheit handelte es sich (bitte genaue Diagnose)?

2. Wann erkrankte der Patient an dieser Krankheit?

Wann war der Unfall? Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?

Datum

3. War eine stationäre Behandlung nötig?

Ja Nein

Wenn ja,

Datum von bis

4. Wann erfolgte die erste Behandlung dieser Krankheit?

Datum

Bestand zu diesem Zeitpunkt uneingeschränkte Reisefähigkeit?

Ja Nein

5. Handelt es sich um eine Erkrankung, die seit längerer Zeit besteht?

Ja Nein

Wenn ja, seit wann?

Datum

Ist eine gravierende Verschlechterung eingetreten?

Ja Nein

6. Bestanden zur Zeit der Reisebuchung Bedenken gegen den Antritt der Reise?

Ja Nein

7. Wurden Sie danach gefragt?

Ja Nein

Wenn ja, wann?

Datum

8. Wann war erstmals erkennbar, dass die Reise wegen des Gesundheitszustands nicht angetreten werden konnte?

Datum

9. Bemerkungen

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Ggf. abtrennen und vom Arzt ausfüllen lassen.