

# Schadenformular Storno

Wenn Sie eine **KursSeminarKongress-Stornoschutz oder Eintrittskarten-Stornoversicherung** abgeschlossen haben, beantworten Sie bitte alle Fragen mit Bezug auf Reise entsprechend für Kurs, Seminar, Kongress oder Veranstaltung

Europäische Reiseversicherung AG  
**Schaden-Management**  
schaden@europaeische.at  
Kratochwilestraße 4, A-1220 Wien

Polizzenummer oder die ersten 8 Stellen der Kreditkartennummer \_\_\_\_\_

Schadennummer \_\_\_\_\_

## A. Ereignis

Reisebeginn \_\_\_\_\_ Reiseende \_\_\_\_\_ Reiseziel \_\_\_\_\_

gebucht am \_\_\_\_\_ Versicherungsabschluss am \_\_\_\_\_ Zweck der Reise  privat  beruflich

Reisepreis € \_\_\_\_\_ Stornokosten € \_\_\_\_\_ Aufstellung der Stornokosten beilegen

Wann wurde  storniert  abgebrochen? Datum \_\_\_\_\_

Wann ist das Ereignis eingetreten, das zur Stornierung/Abbruch führte? Datum \_\_\_\_\_

Warum wurde storniert/abgebrochen?  Krankheit  Unfall  Tod  Schwangerschaft  Sonstiges \_\_\_\_\_

Betroffene Person: Anrede \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis zum ReisetTeilnehmer? \_\_\_\_\_

Bei Unfall: Wurde der Unfall durch Dritte (mit)verursacht?  Nein  Ja: Unfallbericht – Name/Adresse des Unfallgegners beilegen

## B. ReisetTeilnehmer, welche die Reise storniert/abgebrochen haben:

Wenn mehr als 5  
Personen betroffen  
sind, bitte ein  
zusätzliches Blatt  
beilegen.

1. ReisetTeilnehmer: Anrede \_\_\_\_\_

Titel, Vor- und Nachname

E-Mail

Telefon

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

PLZ, Ort, Land

Geburtsdatum

2. ReisetTeilnehmer: Anrede \_\_\_\_\_

Titel, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

PLZ, Ort, Land

E-Mail

Telefon

Geburtsdatum

3. ReisetTeilnehmer: Anrede \_\_\_\_\_

Titel, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

PLZ, Ort, Land

E-Mail

Telefon

Geburtsdatum

# Schadenformular Storno

Europäische Reiseversicherung AG  
**Schaden-Management**  
**schaden@europaeische.at**  
 Kratochwjlestraße 4, A-1220 Wien

**4. Reiseteilnehmer:** Anrede

Titel, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

PLZ, Ort, Land

E-Mail

Telefon Geburtsdatum

**5. Reiseteilnehmer:** Anrede

Titel, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

PLZ, Ort, Land

E-Mail

Telefon Geburtsdatum

**Besitzen Sie eine weitere Stornoversicherung oder eine Kreditkarte?**

Nein  Ja – welche?

Versicherer: \_\_\_\_\_ Polizzenummer \_\_\_\_\_

**Karteninhaber**

(bitte von allen Reiseteilnehmern auszufüllen)

**Kartennummer**

**Reise mit Karte an/bezahlt**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Wurden bereits Ersatzansprüche bei anderen Versicherungsgesellschaften gestellt?**

Nein  Ja – an wen? Name, Adresse \_\_\_\_\_

**Wurden diese Ansprüche anerkannt?**

Nein  in Bearbeitung  Ja - Höhe EUR \_\_\_\_\_ (bitte Unterlagen beilegen)

# Schadenformular Storno

Europäische Reiseversicherung AG  
**Schaden-Management**  
**schaden@europaeische.at**  
Kratochwilestraße 4, A-1220 Wien

## Für die Prüfung des Schadens legen Sie bitte die folgenden Unterlagen bei:

- Versicherungsnachweis/Für Kreditkarteninhaber: Nachweis der Kartenverwendung innerhalb von 3 Monaten vor Schadeneintritt = Kopie einer Monatsabrechnung
- Für Kreditkarteninhaber: Nachweis über die (An-)Bezahlung der Reise mit der Kreditkarte (Kopie Monatsabrechnung - alle für den Schadenfall nicht relevanten Umsätze können Sie gerne schwärzen)
- Für Kreditkarteninhaber: Nachweis über das Verwandtschaftsverhältnis zwischen Karteninhaber und mitstornierenden Personen
- Belege für den Beweis des Versicherungsfalles (z. B. vollständig ausgefüllter Teil C des Schadenformulars, ärztliche Atteste, Krankenhausberichte, Auszüge aus der Krankenkartei, Sterbeurkunde)
- bei Unfall mit Fremdverschulden: polizeilicher Unfallbericht (Name/Adresse Unfallgegner)
- bei Schwangerschaft: Mutter-Kind-Pass in Kopie
- nicht genutzte Eintrittskarten, Fahrscheine, etc. im Original (Onlinetickets: Übermittlung per E-Mail ausreichend)
- Buchungsbestätigung
- bei Stornierung: Stornorechnung (bei Flugbuchungen zusätzlich Refundbelege der Fluglinie)
- bei Abbruch: Belege über die zusätzlichen Rückreisekosten (z. B. Flugumbuchung) bzw. Abreisebestätigung (z. B. durch das Hotel)

**Jeder Schadenfall ist anders.**

**Im Bedarfsfall können weitere Unterlagen/Originale für die Prüfung notwendig sein.**

<b>Zahlung der Versicherungsleistung an</b>	<input type="checkbox"/> einen Reiseteilnehmer
	<input type="checkbox"/> die Buchungsstelle (z. B. Reisebüro)
<b>auf folgendes Konto:</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontoinhaber	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	BIC

Zur Prüfung Ihrer Ansprüche benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten. Die Verarbeitung dieser erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO zur Erfüllung des Versicherungsvertrages. Soweit für die Prüfung Ihrer Ansprüche auch Gesundheitsdaten erforderlich sind, verarbeiten wir diese auf Basis einer gesetzlichen Ermächtigung (§§ 11a – 11d VersVG). Nähere Informationen zu unserer Datenverarbeitung finden Sie unter [europaeische.at/datenschutz](http://europaeische.at/datenschutz)

Wir sind stets bemüht, den Wünschen unserer Kunden gerecht zu werden und uns zu verbessern. Daher kontaktieren wir ausgewählte Kunden nach Erledigung eines Schadenfalls per E-Mail zum Zweck von Qualitäts- und Zufriedenheitsumfragen. Sie können dieser Kontaktaufnahme jederzeit per Mail an [vertragsmanagement@europaeische.at](mailto:vertragsmanagement@europaeische.at) widersprechen.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben und entbinde meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies zur Prüfung meiner Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag notwendig ist.**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# Schadenformular TEIL C

Europäische Reiseversicherung AG  
**Schadenabteilung**  
**schaden@europaeische.at**  
Kratochwiljestaße 4, A-1220 Wien

Polizzenummer oder die ersten 8 Stellen der Kreditkartennummer \_\_\_\_\_

Schadennummer \_\_\_\_\_

## C. Ärztliche Bestätigung (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

(zur Weiterleitung an die Europäische Reiseversicherung AG)

Füllen Sie zur Bestätigung der Reiseunfähigkeit aufgrund von Krankheit/Unfall/Schwangerschaft das folgende Formular bitte vollständig und korrekt aus. Der Versicherer behält sich vor, unwahre Angaben gemäß § 146 Strafgesetzbuch rechtlich zu verfolgen.

### Behandelnder Arzt

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

Telefonnr.

Postleitzahl/Ort

### Patient

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Postleitzahl/Ort

Reiseziel \_\_\_\_\_

Reisebeginn \_\_\_\_\_

### 1. Genaue Diagnose (bitte leserlich):

### 2. verordnete Therapie:

3. Wann erkrankte der Patient / Wann ist der Unfall eingetreten / Wann wurde die Diagnose gestellt? Datum \_\_\_\_\_

(Bei Schwangerschaft: wann wurde die Schwangerschaft festgestellt)

Krankenhausaufenthalt  Nein  Ja – von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Krankmeldung bei der Sozialversicherung  Nein  Ja – von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

#### 4. Besteht für die gegenständliche Reise aus medizinischen Gründen Reiseunfähigkeit?

Nein  Ja –Wann war erstmalig die Reiseunfähigkeit erkennbar? Datum \_\_\_\_\_

#### Falls ein nicht mitreisender Angehöriger (Lebensgefährte, Kinder, Eltern, Geschwister) betroffen ist:

Wann war erkennbar, dass Pflegebedarf bestanden hat? Datum \_\_\_\_\_

#### 5. Handelt es sich um eine bereits bestehende Erkrankung/Unfallfolge? Nein Ja

#### 6. Nur bei bestehenden Erkrankungen/Unfallfolgen auszufüllen:

Wurde die bestehende Erkrankung/Unfallfolge unerwartet akut?  Nein  Ja

Seit wann besteht die Erkrankung/Unfallfolge? Datum \_\_\_\_\_

War der Patient in den letzten  9 Monaten /  12 Monaten VOR VERSICHERUNGSABSCHLUSS bzw. REISEBUCHUNG in Zusammenhang mit der oben angeführten Diagnose in stationärer Behandlung? (ausgenommen Kontrolluntersuchungen)

Nein  Ja

War der Patient in den letzten 6 Monaten VOR VERSICHERUNGSABSCHLUSS bzw. REISEBUCHUNG in Zusammenhang mit der oben angeführten Diagnose in ambulanter Behandlung? (ausgenommen Kontrolluntersuchungen)

Nein  Ja

#### Raum für Bemerkungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben. 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