

# 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

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

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Name der betroffenen Person** \_\_\_\_\_

**Bei nicht mitreisenden Familienangehörigen:** Wie verwandt mit den Reiseteilnehmern? \_\_\_\_\_

**Wann ist das Ereignis eingetreten**, das zu Stornierung/Abbruch führte? \_\_\_\_\_

**Spitalsaufenthalt**  Nein  Ja – von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

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

Besitzen Sie eine **weitere Stornoversicherung?**  Nein  Ja – welche?

Versicherer \_\_\_\_\_ Polizzen-Nr. \_\_\_\_\_

**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 (z.B. Geburtsurkunde, Heiratsurkunde)

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 \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

1. Genaue Diagnose (bitte leserlich):

verordnete Therapie:

War der Patient aufgrund der gestellten Diagnose in stationärer Behandlung?

Nein  Ja – Krankenhaus/Klinik: \_\_\_\_\_ von 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J

 bis 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J

Krankmeldung bei der Sozialversicherung:

Nein – Begründung: \_\_\_\_\_

Ja (Kopie der Krankmeldung beilegen) von 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J

 bis 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J

2. Wann erkrankte der Patient / Wann ist der Unfall eingetreten?  
(bei Schwangerschaft: wann wurde die Schwangerschaft festgestellt)

Datum° 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J	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	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	J	J	J	J	J	J

°falls diese Daten nicht übereinstimmen, bitte um Begründung:

4. Bestanden zur Zeit des **Versicherungsabschluss/Reisebuchung** (Datum: 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J

) keine Bedenken gegen den Antritt der Reise bzw. konnte der Patient sicher mit planmäßigem Antritt der Reise rechnen?  Nein  Ja

5. Handelt es sich um eine Erkrankung/Unfallfolge, die bereits vor **Versicherungsabschluss/Reisebuchung** bestanden hat?

Nein  Ja – seit wann: 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J

Ist eine gravierende, unerwartete Verschlechterung eingetreten?  Nein  Ja

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 – Krankenhaus: \_\_\_\_\_ von 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J

 bis 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J

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 – Arzt: \_\_\_\_\_ Datum der letzten Behandlung 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J

**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