

# Schadensanzeige / Reiserücktrittskosten-Versicherung

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

Telefon (0 89) 41 66-17 99

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

## A Angaben zu den Reiseteilnehmern

1. Reiseteilnehmer, der diese Schadensanzeige ausfüllt bzw. unterschreibt

Name, Vorname

Vorgangs-Nummer

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Geburtsdatum

Telefon mit Vorwahl (geschäftlich)

Telefon mit Vorwahl (privat)

E-Mail-Adresse

2. Namen der Reiseteilnehmer, deren Reise ebenfalls 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

**C Angaben zum Versicherungsfall**

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

1. Warum wurde die Reise storniert?

- a) Unerwartete schwere Erkrankung, Schwangerschaft, Tod, Impfunverträglichkeit, Bruch einer Prothese oder Lockerung eines neu platzierten Gelenks, Unfall (Unfalltag, Unfallort), Wurde der Unfall durch Dritte verursacht? (Ja/Nein), Name und Anschrift des Unfallverursachers / Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name, Anschrift, Vertrags-Nr.)
b) Schaden am Eigentum durch
c) Arbeitsaufnahme nach Arbeitslosigkeit, unerwartete betriebsbedingte Kündigung

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? Wer hätte während der Reise betreut werden sollen? (Ja/Nein)

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

- 3a) 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.

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

- 4. Stornokosten
Die Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters beträgt €
Das entspricht % des gebuchten Reisepreises.

Table with 2 columns: Anlagen, Beigefügt. Rows include: Versicherungsnachweis (z. B. ÜWP, Prämienrechnung ...), Buchungsbestätigung und Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters, Mietvertrag und Ausfallrechnung des Vermieters, (Fachärztliches) Attest, Sterbeurkunde, Kündigungsschreiben des Arbeitgebers, Bescheinigung des Arbeitsamtes zur Arbeitslosigkeit, Nachweis bei Schaden am Eigentum (z. B. polizeiliche Anzeige ...), Sonstige Unterlagen

Ansprechpartner für Rückfragen (Reisebüro)

Mitarbeiter

Vorwahl

Rufnummer

(ggf. Stempel)

**D Angaben zu weiteren Versicherungen**

Besitzt die erkrankte/verletzte Person eine Kreditkarte mit Reiserücktrittskosten-Versicherung? (Ja/Nein)
Wenn ja, bitte Kreditkartenunternehmen, Kreditkartennummer, ausgebendes Kreditinstitut (Bank, Sparkasse) angeben.

Erklärung

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn diese Angaben für die Schadensfeststellung folgenlos geblieben sind.

Ort Datum Unterschrift eines Reiseteilnehmers

# Ärztliche Bescheinigung

Reiserücktrittskosten-Versicherung

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

bei uns werden Ansprüche aus der Reiserücktrittskosten-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 Artikel 6 der Versicherungsbedingungen verpflichtet, die behandelnden Ärzte vollumfänglich von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.** Zur Klärung medizinischer Sachverhalte werden Sie ggf. von unserem Vertrauensarzt kontaktiert.

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

Mit freundlichen Grüßen  
Europäische Reiseversicherung AG

Name des Patienten

Vorgangsnummer

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?

Ja  Nein

Wann wurde der erste Behandlungstermin vereinbart?

Datum

3. Medikation und therapeutische Maßnahmen:

4. War eine stationäre Behandlung nötig?

Wenn ja, wann und wo?

Ja  Nein

5. Bestand Arbeitsunfähigkeit?  Ja  Nein Wenn ja, von bis

(Bitte Kopie der AU-Bescheinigung beilegen.)

6. Wurde diese Krankheit zuvor bereits einmal / mehrfach behandelt?

Wenn ja, wann und durch wen?

Ja  Nein

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

Wenn ja, seit wann?

Ja  Nein

Datum

Wann ist die gravierende Verschlechterung eingetreten?

Datum

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

Wurden Sie danach gefragt?  Ja, am  Nein

Ja  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