

# Schadensanzeige / Reiserücktritts-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. Reiseanmelder, der diese Schadensanzeige ausfüllt bzw. unterschreibt

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name / Vorname		Vorgangs-Nummer
<input type="text"/>		
Straße / Hausnummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ / Wohnort	Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon mit Vorwahl (geschäftlich)	Telefon mit Vorwahl (privat)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		
E-Mail-Adresse		

2. Namen der Reiseteilnehmer, deren Reise storniert wurde

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reiseveranstalter	Reiseland
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Die Reise wurde gebucht am	Geplanter Reisebeginn
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reiseart: <input type="checkbox"/> Flugreise	<input type="checkbox"/> Bahnreise
<input type="checkbox"/> Busreise	<input type="checkbox"/> Schiffsreise
	<input type="checkbox"/> Ferienwohnung / Hotel
	<input type="text"/>
	Sonstige

## C Angaben zum Versicherungsfall

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

1. Warum wurde die Reise storniert?

a)  Unerwartete schwere Erkrankung  Schwangerschaft  Tod  Impfungsverträglichkeit

Bruch einer 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)  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?

Ja

Nein

Wer hätte während der Reise betreut werden sollen?

3) 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

Die Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters beträgt

€

Das entspricht  % des gebuchten Reisepreises.

Anlagen

Versicherungsnachweis (z. B. Überweisungsprospekt, Prämienrechnung ...)

Buchungsbestätigung und Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters

Mietvertrag und Ausfallrechnung des Vermieters

(Fachärztliches) Attest und Schweigepflichtentbindungserklärung

Sterbeurkunde

Kündigungsschreiben des Arbeitgebers

Bescheinigung des Arbeitsamtes zur Arbeitslosigkeit

Nachweis bei Schaden am Eigentum (z. B. polizeiliche Anzeige ...)

Sonstige Unterlagen

Beigefügt

## D Angaben zu weiteren Versicherungen

Besitzt die erkrankte / verletzte Person eine Kreditkarte mit Reiserücktritts-Versicherung?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte Kreditkartenunternehmen, 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, auch wenn diese Angaben für die Schadensfeststellung folgenlos geblieben sind.

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)



Ggf. abtrennen und vom Arzt ausfüllen lassen.

# Schweigepflichtentbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass die Europäische Reiseversicherung AG Gesundheitsdaten bei Ärzten und Krankenhäusern erheben darf, wenn diese für die Beurteilung ihrer Leistungspflicht erforderlich sind und ich in die Datenerhebung eingewilligt habe. Daher gebe ich folgende Schweigepflichtentbindungserklärung 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

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.

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

..... / .....  
Vorgangs-Nummer

.....  
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?

Ja     Nein

Wenn ja, wann und wo? (Bitte Kopie des Krankenhausentlassungsberichtes beifügen)

.....

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

(Bitte Kopie der vom Arbeitgeber bestätigten AU-Bescheinigung beifügen.)

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

Ja     Nein

Wenn ja, wann und durch wen?

.....

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

Ja     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?

Ja     Nein

Wurden Sie danach gefragt?  Ja, am .....  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