

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# Schadenmeldung

## Reiserücktritt- / Reiseabbruch- / Storno-Versicherung

Bitte vollständig ausfüllen!

## 1. Wer hat die Reise / Veranstaltung angemeldet?

Bitte geben Sie bei Doppelnamen oder mehreren Familiennamen alle Namen an!

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname(n)	Name(n)
		Straße	Nummer / Adresszusatz
		PLZ	Ort
		Telefon / Mobil	E-Mail

## 2. Bankverbindung

Wer soll die Versicherungsleistung erhalten?

<input type="checkbox"/> wie 1.	<input type="checkbox"/> oder anderer Empfänger:	Vorname	Name
		Kreditinstitut	
		IBAN (max. 34 Stellen)	Swift- / BIC-Code (8 oder 11 Stellen)

## 3. Angaben zur Reise / Veranstaltung:

Besteht außer diesem ELVIA Reiseschutz ggf. eine weitere Reiserücktritt- / Storno-Versicherung (Kreditkarte etc.)?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Versicherer / Kreditkartenbezeichnung (Bank)
Versicherungs-Nr. (Versicherungspolice-, Jahresversicherungs- oder Kreditkartennummer etc.)		
Buchungsdatum	Reise- / Veranstaltungsbeginn	(Reise-)Abbruch
Stornierungsdatum	Reise- / Veranstaltungsende	verspäteter (Reise-)Antritt
Gesamter Reisepreis in Euro	In welcher Höhe werden Kosten geltend gemacht? (Storno- bzw. Rückreisekosten etc. in Euro)	

▶ Bitte evtl. Aufstellung der geforderten Stornokosten beilegen.

## 4. Bitte tragen Sie alle Teilnehmer ein, deren Reise / Veranstaltung storniert, verspätet angetreten, unter- oder abgebrochen wurde:

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 1. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 2. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 3. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 4. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum

## Wichtiger Hinweis

Zur Bearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:

- Versicherungsnachweis
- (Reise-)Buchungsbestätigung
- Rücktrittskostenrechnung, ggf. Eintrittskarten im Original
- Nachweis zum Eintritt des Versicherungsfalls (Attest, Sterbeurkunde etc.)

Als Anlage beigefügt:

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Bei Reiseabbruch:

- Abrechnung des Veranstalters / Leistungsträgers über die nicht genutzten (Reise-)Leistungen
- Originalbelege der zusätzlichen Rückreisekosten, sofern versichert

Als Anlage beigefügt:

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

▶ Bitte wenden

### 5. Warum wurde die Reise / Veranstaltung storniert, verspätet angetreten, unter- oder abgebrochen?

Krankheit (siehe 5.1)  Unfall (siehe 5.2)  Tod  
 Schwangerschaft  Sonstiges Ereignis Wann war dieses Ereignis? | | | | |

Welches sonstige Ereignis?

Welche Person wurde davon betroffen?

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
 Nein  Ja Wie? \_\_\_\_\_

Ist diese Person mit den (Reise-)Teilnehmern verwandt?

Besteht keine Namensgleichheit mit der betroffenen Person, bitten wir um Übersendung eines entsprechenden Nachweises über das Verwandtschaftsverhältnis.

**Bitte legen Sie als Nachweis unbedingt eine ärztliche Bescheinigung mit Angabe der Diagnose und der genauen Behandlungsdaten für die Krankheit, Unfallverletzung und Schwangerschaft bei. Falls ein solches Attest noch nicht vorliegt, geben Sie bitte den anhängenden Vordruck an den behandelnden Arzt weiter.**

#### 5.1 Bei Krankheit:

Krankheitsbezeichnung / Beschwerden / Symptome

	Wann trat die Krankheit auf?	Wann wurde der Arzt aufgesucht?
Ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	 vom	 bis
Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	 vom	 bis
Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	 vom	 bis

Wann wurde der Arzt erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung befragt?

Wie war seine Beurteilung?

Befand sich der Patient wegen der gleichen oder einer ähnlichen Erkrankung schon früher in ärztlicher Behandlung?

Ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	 vom	 bis
Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	 vom	 bis

#### 5.2 Bei Unfall:

Unfallort \_\_\_\_\_ Unfalltag | | | | |  
Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mitverursacht? (Falls Ja, bitte Unfallbericht / Unfallschilderung beilegen!)  Nein  Ja

Vorname / Name und Anschrift des Unfallverursachers

Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name) \_\_\_\_\_ Versicherungsschein-Nr. \_\_\_\_\_

Anschrift der Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers

Haben Sie dort Schadenersatz gefordert? (Falls Ja, bitte Korrespondenz beilegen!)  Nein  Ja

### 6. Belehrung zur Wahrheitspflicht (§ 28 VVG):

**Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben einen Verlust der Versicherungsleistung zur Folge haben. Bei grob fahrlässig unwahren oder unvollständigen Angaben kann der Versicherer die Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn ich nachweisen kann, dass die unwahre oder unvollständige Angabe nicht grob fahrlässig gemacht wurde. Wenn ich nachweise, dass die vorsätzlich oder grob fahrlässig gemachte Angabe weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war, bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die unwahren oder unvollständigen Angaben arglistig gemacht wurden. Bei arglistig gemachten unwahren oder unvollständigen Angaben wird der Versicherer in jedem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei.**

**7. Abtretungserklärung:** Eventuelle Ansprüche gegen Dritte trete ich in Höhe der von AWP P&C S.A. gezahlten Leistungen an AWP P&C S.A. ab.

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!) \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bitte tragen Sie in dieses Formular unter der entsprechenden Rubrik (A, B oder C) in die Blau umrandeten Felder Ihre persönlichen Daten und Ihre Buchungsdaten ein. Geben Sie danach das Formular bitte an den behandelnden Arzt weiter.

# Ärztliche Bescheinigung

## A. Krankheit / Unfall der versicherten Person

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname		Name	
Geburtsdatum		Reiseziel / Veranstaltungsort		
Buchungsdatum		Reise- / Veranstaltungsbeginn		Reise- / Veranstaltungsende

### Krankheit / Diagnose, die zur Reise- / Teilnahmeunfähigkeit führte:

Krankheitsbezeichnung	ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)
Wann wurde diese Diagnose gestellt?	Datum
Wann wurde wegen der Beschwerden und Symptome die zu dieser Diagnose führten, erstmals ein Arzt aufgesucht?	Datum
Hätte der / die Patient(in) zum Zeitpunkt dieses ersten Arztbesuches reisen / an der Veranstaltung teilnehmen können?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein / Nicht zumutbar
Welche Medikation und Therapie / Maßnahmen haben Sie verordnet?	

### Weitere Behandlungsdaten

Überweisung an Facharzt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Name und Anschrift des Facharztes
Bestand Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	vom <input type="text"/> bis <input type="text"/>

### Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	seit <input type="text"/>	ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)
Diagnose der Vorerkrankungen		Datum <input type="text"/>

### Falls es sich um eine chronische Erkrankung handelt: Wann kam es letztmals zu einem akuten Schub?

Wurden Sie vor Buchung der Reise / Veranstaltung (siehe o. g. Buchungsdatum) vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung gefragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung gefragt?	Datum <input type="text"/>

### Gesundheitliche Risiken

Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	vom <input type="text"/> bis <input type="text"/>
---	---

### Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname / Name)	<input type="text"/>
------------------------------------	----------------------

### Ab wann war nach objektiver ärztlicher Beurteilung die Teilnahme an der Reise / Veranstaltung nicht mehr möglich?

Falls dieses Datum vom Datum des ersten Arztbesuchs abweicht, nennen Sie uns bitte hierfür die Gründe:	Datum <input type="text"/>
--	----------------------------

(Die Überprüfung der Angaben durch den medizinischen Dienst der AWP P&C S.A. behalten wir uns vor.)

Ort / Datum	Unterschrift des Arztes	Stempel des Arztes
-------------	-------------------------	--------------------

## B. Krankheit / Unfall nicht reisender / teilnehmender Angehöriger

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum			

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Diagnose	ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)	
<b>Wann trat die Krankheit auf? / Wann ereignete sich der Unfall?</b>	<input type="text"/>	
	Datum	
<b>Stationäre Behandlung</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	
	vom	
	<input type="text"/>	
	bis	
<b>Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des / der Patienten / Patientin angezeigt war?</b>	<input type="text"/>	
	Datum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift des Arztes	Stempel des Arztes

## C. Schwangerschaft der versicherten Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vorname	Name	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Reiseziel / Veranstaltungsort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Buchungsdatum	Reise- / Veranstaltungsbeginn	Reise- / Veranstaltungsende
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Schwangerschaftswoche	Errechneter Entbindungstermin
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise / die Teilnahme an der Veranstaltung in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Schwangerschaftswoche	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Was war der Grund für diese Beurteilung?</b>		
<input type="text"/>		

<b>Gab es zum o. g. Zeitpunkt Komplikationen?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Um welche Komplikationen handelte es sich?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Stationäre Behandlung</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	vom	bis
<b>Sonstige Gründe:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift des Arztes	Stempel des Arztes