

## Schadenanzeige Seminarstorno

Polizzenummer:

Schadennummer:

### 1. Teilnehmer, dessen gebuchte Leistung storniert wurde

Name und Vorname	
Straße	
Postleitzahl/Ort	
Geburtsdatum (dd/mm/yy)	Telefonnummer
E-Mail Adresse	

### 2. Angaben zur gebuchten Leistung

Buchungsstelle			
Preis	Höhe der Stornospesen		
Buchung am	Stornierung am	Seminar/Kurs-Beginn	Seminar/Kurs-Ende
Seminar/Kurstitel			

### 3. Grund für das Storno

<input type="checkbox"/> Krankheit (siehe 4.1.)	<input type="checkbox"/> Unfall (siehe 4.2.)	<input type="checkbox"/> Tod	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Sonstiger Grund
Bemerkung zum Stornoereignis				
Welche Person ist davon betroffen?				
Ist diese Person mit einem der Reisetilnehmer verwandt?				
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie?				

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

#### 3.1. Stornogrund: Krankheit

Bezeichnung der Krankheit	
Wann trat die Krankheit auf? (dd/mm/yy)	Wann wurde der Arzt aufgesucht? (dd/mm/yy)
Ambulante Behandlung von/bis	Stationäre Behandlung von/bis
Arbeitsunfähigkeit von/bis	
Befand sich der Patient wegen der gleichen oder einer ähnlichen Erkrankung schon früher in ärztlicher Behandlung?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ambulante Behandlung von/bis	Stationäre Behandlung von/bis

### 3.2. Stornogrund: Unfall

Unfalltag (dd/mm/yy)	Unfallort
Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mitverursacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name und Anschrift des Schädigers	
Haftpflichtversicherung des Schädigers (Name, Anschrift, Vertrags-Nr.)	

### 4. Erklärung

<b>Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.</b>	
Ort, Datum	Unterschrift

### Der Auszahlungsbetrag soll angewiesen werden an

Kontonummer	Bankleitzahl/Institut
Kontoinhaber	
Adresse des Kontoinhabers	

### Zur Schadenbearbeitung benötigen wir

Versicherungsnachweis
Buchungsbestätigung bzw. Rechnung
Storno-Rechnung
Detaillierte Unterlagen über den Grund der Stornierung

# Ärztliche Bescheinigung

zur Vorlage bei  
AGA INTERNATIONAL S.A.  
Niederlassung für Österreich  
Pottendorfer Straße 25-27, A-1120 Wien

Sehr geehrte/r Frau/Herr Doktor,

wir bitten Sie, die mit dem Stornoereignis in Zusammenhang stehenden Fragen im Sinne der Erklärung des versicherten Kunden zu beantworten, sodass wir die Leistungspflicht aus der Seminarstorno-Versicherung beurteilen können.

## A. Krankheit oder Unfall des Versicherten

Name des behandelnden Arztes	
Diagnose (bitte leserlich)	
Wann wurde die Diagnose erstellt? (dd/mm/yy)	
Bestand Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ab wann? (dd/mm/yy)
Stationäre Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von/bis (dd/mm/yy)
Bemerkung	

## B. Erkrankung von Angehörigen

Diagnose (bitte leserlich)
Wann trat die Krankheit auf?
Bestand diese Krankheit schon seit längerer Zeit? Wenn ja, (seit) wann?
Name des behandelnden Arztes?

## C. Schwangerschaft

Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?
Welche Schwangerschaftskomplikationen führten zur Stornierung?

Ort, Datum	Stempel des Arztes
Unterschrift	

Vom Arzt auszufüllen!