

Schadenanzeige Stornokosten

Polizzenummer:

Schadennummer:

1. Reisetilnehmer, deren Reise storniert wurde

| | |
|--|--|
| Name und Vorname | |
| Straße | |
| Postleitzahl/Ort | |
| Geburtsdatum (dd/mm/yy) | Telefonnummer |
| E-Mail Adresse | |
| Besitzen Sie eine Kreditkarte mit inkludierter Reiseversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Welches Institut? <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Amex <input type="checkbox"/> andere _____ |
| Sind Sie Inhaber einer weiteren Stornoversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Welche Versicherung? |

| | |
|--------------|--------------|
| Teilnehmer 1 | Geburtsdatum |
| Teilnehmer 2 | Geburtsdatum |
| Teilnehmer 3 | Geburtsdatum |
| Teilnehmer 4 | Geburtsdatum |
| Teilnehmer 5 | Geburtsdatum |

2. Angaben zur Reise

| | | | |
|--------------------------|--|-------------------|-----------|
| Reisebüro/Buchungsstelle | | Reiseveranstalter | |
| Reisepreis | Höhe der Stornospesen ohne Gebühren / % vom Reisepreis | | |
| Buchung am | Stornierung am | Reisebeginn | Reiseende |
| Reiseziel | | | |

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 | |
| Wann wurde der Arzt zum ersten Mal nach der Durchführbarkeit der Reise befragt? (dd/mm/yy) | |
| Wie war seine Beurteilung? | |
| 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

**Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.
Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.**

| | |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
|------------|--------------|

Der Auszahlungsbetrag soll angewiesen werden an

| | |
|---------------------------|-----------------------|
| Kontonummer | Bankleitzahl/Institut |
| Kontoinhaber | |
| Adresse des Kontoinhabers | |

Zur Schadenbearbeitung benötigen wir

| |
|--|
| Versicherungsnachweis |
| Buchungsbestätigung des Reiseveranstalters |
| Storno-Rechnung des Reiseveranstalters |
| Detaillierte Unterlagen über den Grund der Stornierung |

Schweigepflichtentbindung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruches mache. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus. Hinsichtlich einer bereits vor Versicherungsabschluss durchgeführten Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind.

Vom Versicherten auszufüllen

| | |
|------------|---|
| Buchung am | Reisebeginn |
| Reiseziel | |
| Ort, Datum | Unterschrift (bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters) |

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, nachstehende Fragen im Sinne der Erklärung des versicherten Kunden zu beantworten, sodass wir die Leistungspflicht aus der Storno-Versicherung beurteilen können.

A. Krankheit oder Unfall des Versicherten

| | |
|---|---------------------|
| Name des behandelnden Arztes | |
| Diagnose (bitte leserlich) | |
| Wann wurde die Diagnose erstellt? (dd/mm/jy) | |
| Bestanden zu diesem Zeitpunkt Bedenken bezüglich des Reiseantritts? | |
| Wann waren erstmals Anzeichen der jetzigen Krankheit erkennbar? | |
| Bestand Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Ab wann? (dd/mm/jy) |
| Stationäre Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Von/bis (dd/mm/jy) |
| Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt? | Datum (dd/mm/jy) |

Vom Arzt auszufüllen!

| | |
|--|--|
| Wann war erstmalig die Reiseunfähigkeit erkennbar? | Datum (dd/mm/yy) |
| Bestand die Krankheit schon seit längerer Zeit? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit: |
| Bemerkung | |

B. Krankheit nicht mitreisender Angehöriger

| |
|---|
| 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? |
| Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war? |
| Welche Schwangerschaftskomplikationen führten zu dieser Beurteilung? |

| | |
|--------------|--------------------|
| Ort, Datum | Stempel des Arztes |
| Unterschrift | |