

Schadennummer

Schadenanzeige

STORNOVERSICHERUNG

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

MONDIAL ASSISTANCE - Leistungsabteilung
Pottendorfer Straße 25-27, A-1120 Wien
Telefon: +43-1/525 03-0 | Fax: +43-1/525 03-999
E-Mail: schaden@mondial-assistance.at
www.mondial-assistance-austria.at

1. Wer hat die Reise angemeldet?

Name und Vorname	<input type="text"/>		
Straße	<input type="text"/>		
PLZ/Ort	<input type="text"/>		
Telefon Privat	<input type="text"/>	Telefon geschäftlich	<input type="text"/>

2. Angaben zur Reise

Reiseveranstalter	<input type="text"/>		
Reisebüro/ Buchungsstelle	<input type="text"/>		
Polizzen-Nr.	<input type="text"/>	Reisepreis	<input type="text"/>
Buchung am	<input type="text"/>	Höhe der Stornospesen ohne Gebühren	<input type="text"/> = ____% des Reisepreises
Reisebeginn	<input type="text"/>	Reiseende	<input type="text"/>
Stornierung am	<input type="text"/>	Reiseabbruch	<input type="text"/>
Reiseziel	<input type="text"/>		

3. Bitte tragen Sie alle Reiseteilnehmer ein, deren Reise storniert wurde

1.	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>

4. Warum wurde die Reise storniert?

Krankheit (siehe 4.1)
 Unfall (siehe 4.2)
 Tod
 Schwangerschaft

Sonstiges Ereignis, welches, wann?

Welche Person wurde davon betroffen?

Ist diese Person mit den Reiseteilnehmern verwandt?
 nein
 ja
 wie?

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

4.1. Bei Krankheit

Krankheitsbezeichnung	<input type="text"/>																	
Wann trat die Krankheit auf?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Wann wurde der Arzt aufgesucht?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
ambulante Behandlung vom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
stationäre Behandlung	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	vom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitsunfähigkeit vom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Wann – genaues Datum – wurde der Arzt erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise befragt?	<input type="text"/>																	
Wie war seine Beurteilung?	<input type="text"/>																	
Befand sich der Patient wegen der gleichen oder einer ähnlichen Erkrankung schon früher in ärztlicher Behandlung?																		
nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	ambulant vom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
				stationär vom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

4.2. Bei Unfall

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

5. 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	<input type="text"/>	Unterschrift des Reiseanmelders	<input type="text"/>
Der Auszahlungsbetrag soll angewiesen werden an:			
Reisebüro/ Buchungsstelle	<input type="checkbox"/>	Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="text"/>		
Kontonummer	<input type="text"/>		BLZ
Kontoinhaber	<input type="text"/>		

Zur Schadenbearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:

- Versicherungsnachweis	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
- Reise-Buchungsbestätigung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
- Stornorechnung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
- Nachweis zum Eintritt des Versicherungsfalles (Attest, Sterbeurkunde etc.)	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Schadensnummer

Sehr geehre/r Versicherte/r!

Bitte tragen Sie auf diesem Formular Ihre Reisedaten ein und unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung. Geben Sie sodann diesen Vordruck bitte an den behandelnden Arzt weiter.

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 vom 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 früher (längstens ein Jahr vor Eintritt des Schadenfalles, bei unregelmäßig über längere Zeit auftretenden, z.B. psychischen oder epileptischen Krankheiten, zwei Jahre) von einem Arzt, Zahnarzt oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes durchgeführten Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind.

Vom Versicherten ausfüllen

Tag der Reisebuchung	<input type="text"/>	Reisetermin	<input type="text"/>
Reiseziel	<input type="text"/>		
Ort, Datum	<input type="text"/>	Unterschrift <small>(bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)</small>	<input type="text"/>

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

zur Vorlage bei MONDIAL ASSISTANCE
ELVIA Reiseversicherung AG
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, so dass wir die Leistungspflicht aus der Storno-Versicherung beurteilen können.

Name des Patienten	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>		
PLZ/Ort	<input type="text"/>		

Vom Arzt auszufüllen!

A. Krankheit / Unfall des Versicherten

Diagnose														
Wann wurde die Diagnose gestellt?														
Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmals ein Arzt aufgesucht?														
Bestanden zu diesem Zeitpunkt Bedenken gegen die Reise?														
Bestand Arbeitsunfähigkeit?	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Ab wann?									
Stationäre Behandlung?	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	vom					bis				
Name des einweisenden Arztes														
Bestand die Krankheit schon seit längerer Zeit?	nein	<input type="checkbox"/>	ja, seit											
Bestanden zur Zeit der Reisebuchung* Bedenken, ob der/die Patient/in die geplante Reise ohne gesundheitliches Risiko durchführen kann?	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	* siehe umseitiges Datum der Reisebuchung									
Wurden Sie danach gefragt?	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Wann?									
Bemerkung														
Ab welchem Zeitpunkt war nach allgemeiner Lebenserfahrung zu erwarten, dass die gebuchte Reise gesundheitlich nicht möglich oder nicht mehr zumutbar sein würde? (bitte genaues Datum)														

B. Krankheit nicht reisender Angehöriger

Diagnose										
Wann trat die Krankheit auf?										
Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des/der Patienten/Patientin angezeigt war?										

C. Schwangerschaft

Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?										
Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?										

Ort, Datum		Stempel des Arztes	
Unterschrift			