

Schadenanzeige

Reiseabbruch während des Urlaubsaufenthaltes

COVER-DIRECT Versicherungsmakler
und Werbeagentur Ges.m.b.H.
Fasangartengasse 14 / 8
A-1130 Wien

T +43 (0) 1 / 969 08 40
F +43 (0) 1 / 969 08 41
E schaden@cover-direct.com

Schadennummer:
(wird von Cover-Direct vergeben)



Bitte legen Sie unbedingt folgende Formulare bei:

- Reservierungsbestätigung des Reiseveranstalters mit Versicherungsnachweis
- Spitalsaufenthaltsbestätigung / Unfallprotokoll / ärztliches Attest vom Urlaubsort
- Hotelabreisebestätigung

1. Angaben zum versicherten Reiseteilnehmer

Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>	Telefonnummer	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	e-mail Adresse	<input type="text"/>
Bankinstitut	<input type="text"/>	IBAN	<input type="text"/>
		BIC	<input type="text"/>

2. Angaben zum Reiseabbruch

Reisetermin	<input type="text"/>	Reiseveranstalter	<input type="text"/>
		Reiseziel	<input type="text"/>
Grund des Reiseabbruchs	<input type="text"/>		
Name und Geburtsdatum des/der Betroffenen	<input type="text"/>		

Weitere mitbuchende Personen, die die Reise abbrechen

Verwandschaftsverhältnis zur betroffenen Person

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

3. Bescheinigung des behandelnden Arztes --- VOM ARZT AUSZUFÜLLEN ---

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

wegen der Erkrankung bzw. des Unfalles Ihres Patienten werden bei uns im Rahmen der Reise-Stornoversicherung Ansprüche geltend gemacht. Im Interesse einer bedingungsgemäßen Bearbeitung des Versicherungsfalles bitten wir Sie um Beantwortung nachstehender Fragen. Unser Versicherter ist verpflichtet, Sie gemäß Art. 8 Abs. 4 der vom BM für Finanzen genehmigten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Reise-Stornoversicherung von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden.

Allfällige Kosten des Attestes werden nicht übernommen, sondern sind im Rahmen der Obliegenheiten vom Versicherten selbst zu tragen.

Herzlichen Dank für Ihre Kooperation!

Name des Patienten Geburtsdatum

Genauere Diagnose

Seit wann besteht das Krankheitsbild?

Ist die Krankheit plötzlich aufgetreten?

Handelt es sich um die Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit?

Ist die Krankheit medizinisch als schwer zu betrachten / mit Lebensgefahr verbunden?

Seit wann ist der Patient wegen dieser Krankheit in Behandlung?

Handelt es sich um ein chronisches Leiden?

War der Patient in den letzten 6 Monaten oder ist er aufgrund der gestellten Diagnose in Behandlung? Wo / Wann?

Für wann wurde der Patient zur Kontrolle wiederbestellt?

Bitte legen Sie eine Kopie der kassenärztlichen Krankenmeldung und (soweit zutreffend) Spitalsaufenthaltsbestätigung / Unfallprotokoll / Sterbeurkunde bei.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben und die Reiseunfähigkeit des obengenannten Patienten für das Reiseziel _____ mit Reisebeginn _____ .

Ich verpflichte mich zur Auskunftserteilung zu gegenständlichen Attestangaben gegenüber den Vertrauensärzten des Versicherers.

Der Versicherer behält sich vor, unwahre Angaben gemäß § 146 Strafgesetzbuch rechtlich zu verfolgen.

Datum

Unterschrift und Stampiglie des Arztes