

# Schadenformular für Hotelbuchungen

Polizzenummer \_\_\_\_\_  
Schadennummer \_\_\_\_\_

## A. Fragen an das Hotel bzw. den Vermieter

Aufenthalt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Reiseziel \_\_\_\_\_

gebucht am \_\_\_\_\_ Versicherungsabschluss am \_\_\_\_\_ Zweck der Reise  privat  beruflich

Wann wurde  storniert  abgebrochen? Datum \_\_\_\_\_

Gesamter Reisepreis EUR \_\_\_\_\_ für \_\_\_\_\_ Person(en)

Stornokosten EUR \_\_\_\_\_ für \_\_\_\_\_ Tage (Aufstellung der Stornokosten beilegen)

Ansprechpartner für Rückfragen:

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift Hotel/Vermieter:

## B. Reiseteilnehmer, welche die Reise storniert/abgebrochen haben:

Wenn mehr als 5  
Personen betroffen  
sind, bitte ein  
zusätzliches Blatt  
beilegen.

### 1. Reiseteilnehmer:

Anrede \_\_\_\_\_

Titel, Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Telefon

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

PLZ, Ort, Land

E-Mail

### 2. Reiseteilnehmer:

Anrede \_\_\_\_\_

Titel, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

PLZ, Ort, Land

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

### 3. Reiseteilnehmer:

Anrede \_\_\_\_\_

Titel, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

PLZ, Ort, Land

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

### 4. Reiseteilnehmer:

Anrede

Titel, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

PLZ, Ort, Land

Geburtsdatum

Telefon  E-Mail

### 5. Reiseteilnehmer:

Anrede

Titel, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

PLZ, Ort, Land

Geburtsdatum

Telefon  E-Mail

Wann ist das Ereignis eingetreten, das zur Stornierung/Abbruch führte? Datum: \_\_\_\_\_

### Warum wurde storniert/ umgebucht/ abgebrochen?

Krankheit  Unfall  Tod  Schwangerschaft  Sonstiges \_\_\_\_\_

**Betroffene Person:** Anrede \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis zum Reiseteilnehmern? \_\_\_\_\_

**Bei Unfall: Wurde der Unfall durch Dritte (mit)verursacht?**  Nein  Ja: Unfallbericht – Name/Adresse des Unfallgegners beilegen

### Besitzen Sie eine weitere Stornoversicherung oder eine Kreditkarte?

Nein  Ja – welche?

Versicherer \_\_\_\_\_ Polizzaummer \_\_\_\_\_

### Karteninhaber

(bitte von allen Reiseteilnehmern auszufüllen)

### Kartennummer

							X	X	X	X	X	X				
							X	X	X	X	X	X				
							X	X	X	X	X	X				
							X	X	X	X	X	X				
							X	X	X	X	X	X				

### Reise mit Karte an/bezahlt

Nein  Ja

Nein  Ja

Nein  Ja

Nein  Ja

Nein  Ja

### Wurden bereits Ersatzansprüche bei anderen Versicherungsgesellschaften gestellt?

Nein  Ja – an wen? Name, Adresse: \_\_\_\_\_

### Wurden diese Ansprüche anerkannt?

Nein  in Bearbeitung  Ja - Höhe: EUR \_\_\_\_\_ (bitte Unterlagen beilegen)

## Für die Prüfung des Schadens legen Sie bitte die folgenden Unterlagen bei:

- Versicherungsnachweis
- Belege für den Beweis des Versicherungsfalles (z. B. vollständig ausgefüllter Teil C des Schadenformulars, ärztliche Atteste, Krankenhausberichte, Auszüge aus der Krankenkartei, Sterbeurkunde)
- bei Unfall: Unfallbericht (Name/Adresse des Unfallsgegners)
- bei Schwangerschaft: Mutter-Kind-Pass in Kopie
- nicht genutzte Eintrittskarten, Fahrscheine, etc. im Original (Onlinetickets: Übermittlung per E-Mails ausreichend)
- Buchungsbestätigung
- bei Stornierung: Stornorechnung – wenn Teil A vom Hotel/Vermieter vollständig ausgefüllt und mit Unterschrift bestätigt wird, kann die Stornorechnung entfallen
- bei Abbruch: Abreisebestätigung durch das Hotel

**Jeder Schadenfall ist anders.**

**Im Bedarfsfall können weitere Unterlagen/Originale für die Prüfung notwendig sein.**

### Zahlung der Versicherungsleistung an:

- den Gast
- das Hotel / den Vermieter
- Anzahlung an den Gast und Restzahlung an das Hotel / den Vermieter  
(Bankverbindung des Gastes angeben)

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Zur Prüfung Ihrer Ansprüche benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten. Die Verarbeitung dieser erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO zur Erfüllung des Versicherungsvertrages. Soweit für die Prüfung Ihrer Ansprüche auch Gesundheitsdaten erforderlich sind, verarbeiten wir diese auf Basis einer gesetzlichen Ermächtigung (§§ 11a – 11d VersVG). Nähere Informationen zu unserer Datenverarbeitung finden Sie unter [europaeische.at/datenschutz](http://europaeische.at/datenschutz)

Wir sind stets bemüht, den Wünschen unserer Kunden gerecht zu werden und uns zu verbessern. Daher kontaktieren wir ausgewählte Kunden nach Erledigung eines Schadenfalls per E-Mail zum Zweck von Qualitäts- und Zufriedenheitsumfragen. Sie können dieser Kontaktaufnahme jederzeit per Mail an [vertragsmanagement@europaeische.at](mailto:vertragsmanagement@europaeische.at) widersprechen.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben und entbinde meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies zur Prüfung meiner Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag notwendig ist.**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# Schadenformular TEIL C

Polizzenummer

---

Schadennummer

---

## C. Ärztliche Bestätigung (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

(zur Weiterleitung an die Europäische Reiseversicherung AG)

Füllen Sie zur Bestätigung der Reiseunfähigkeit aufgrund von Krankheit/Unfall/Schwangerschaft das folgende Formular bitte vollständig und korrekt aus.

### Behandelnder Arzt

Titel, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

Telefon

PLZ, Ort, Land

### Patient

Titel, Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer

Geburtsdatum

PLZ, Ort, Land

Reiseziel: \_\_\_\_\_

Reisebeginn: \_\_\_\_\_

### 1. Genaue Diagnose (bitte leserlich):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 2. verordnete Therapie:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Wann erkrankte der Patient / Wann ist der Unfall eingetreten / Wann wurde die Diagnose gestellt? Datum: \_\_\_\_\_

(Bei Schwangerschaft: wann wurde die Schwangerschaft festgestellt)

Krankenhausaufenthalt:  Nein  Ja – von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Krankmeldung bei der Sozialversicherung:  Nein  Ja – von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## Schadenformular TEIL C

### 4. Besteht für die gegenständliche Reise aus medizinischen Gründen Reiseunfähigkeit?

Nein  Ja –Wann war erstmalig die Reiseunfähigkeit erkennbar? Datum: \_\_\_\_\_

**Falls ein nicht mitreisender Angehöriger (Lebensgefährte, Kinder, Eltern, Geschwister) betroffen ist:**

Wann war erkennbar, dass Pflegebedarf bestanden hat? Datum: \_\_\_\_\_

### 5. Handelt es sich um eine bereits bestehende Erkrankung/Unfallfolge? Nein Ja

### 6. Nur bei bestehenden Erkrankungen/Unfallfolgen auszufüllen:

Wurde die bestehende Erkrankung/Unfallfolge unerwartet akut?  Nein  Ja

Seit wann besteht die Erkrankung/Unfallfolge? Datum: \_\_\_\_\_

War der Patient in den letzten  9 Monaten /  12 Monaten VOR VERSICHERUNGSABSCHLUSS bzw. REISEBUCHUNG in Zusammenhang mit der oben angeführten Diagnose in stationärer Behandlung? (ausgenommen Kontrolluntersuchungen)

Nein  Ja

War der Patient in den letzten  6 Monaten VOR VERSICHERUNGSABSCHLUSS bzw. REISEBUCHUNG in Zusammenhang mit der oben angeführten Diagnose in ambulanter Behandlung? (ausgenommen Kontrolluntersuchungen)

Nein  Ja

### Raum für Bemerkungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben. Ich verpflichte mich zur mündlichen Auskunftserteilung zu gegenständlichen Attestangaben gegenüber den Vertrauensärzten des Versicherers. Der Versicherer behält sich vor, unwahre Angaben gemäß §146 StGB rechtlich zu verfolgen.

Welcher Arzt kann zum Krankheitsgeschehen am besten Auskunft geben:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Adresse und Telefonnummer des Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes