

Schadensformular Eintrittskarten-Stornoschutz

Europäische Reiseversicherung AG, Kratochwjlestraße 4, A-1220 Wien
Tel. +43/1/317 25 00-73930, Fax +43/1/319 93 67-73930, E-Mail: schaden@europaeische.at



Zur Prüfung Ihrer Ansprüche benötigen und verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Vertragserfüllung (Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO) und soweit erforderlich auch Ihre Gesundheitsdaten (§ 11a - d VersVG). Nähere Information zu unserer Datenverarbeitung unter europaeische.at/datenschutz

Was ist im Versicherungsfall zu tun?

Bitte füllen Sie das Formular vollständig in Blockbuchstaben aus und schicken Sie es uns per Post, Fax oder E-Mail zu.

Bei Rückfragen unsererseits werden sich unsere SachbearbeiterInnen direkt mit Ihnen in Verbindung setzen.

Nachweise, die den von Ihnen angegebenen Stornogrund bestätigen (z.B. ärztliche Bestätigung, Krankenhausberichte, etc.), ersuchen wir Sie, mindestens 3 Monate aufzuheben. Der Versicherer behält sich das Recht vor, diese innerhalb dieses Zeitraums von Ihnen zu verlangen.

Die von Ihnen gemeldeten Tickets sind mit Einlangen der Stornomeldung ungültig und können nicht mehr verwendet werden! Sofern Sie im Besitz der Eintrittskarten sind, senden Sie uns diese umgehend im Original zu.

A. Informationen zur Veranstaltung

Buchungsstelle _____

Buchungs-/Rechnungsnummer _____

Veranstaltung _____

gebucht am _____ Veranstaltungstermin _____ Uhrzeit _____

Ticketnummer(n) _____

Preis (inkl. aller Nebenkosten) * € _____

* Preis = Ticketpreis inkl. Versand / Zahlungsartenzuschläge / Bearbeitungsgebühren

B. Kundendaten

Herr Frau Vorname _____ Nachname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____ Land _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____ E-Mail _____

Stornogrund? Krankheit Unfall Tod Schwangerschaft Sachschaden am Eigentum

Kfz-Unfall auf der Anreise sonstiges _____

Hinweis: Nachweise, die den von Ihnen angegebenen Stornogrund bestätigen (z.B. ärztliche Bestätigung, Krankenhausberichte, etc.), ersuchen wir Sie, mindestens 3 Monate aufzuheben

Name der betroffenen Person _____

Bei nicht Familienangehörigen: Wie verwandt mit den Reiseteilnehmern? _____

Wann ist das Ereignis eingetreten, das zu Stornierung führte? _____

Zahlung der Versicherungsleistung an folgendes Konto: Kontoinhaber _____

IBAN _____ SWIFT/BIC _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben und stimme der Verwendung meiner personenbezogenen Daten sowie insbesondere auch meiner Gesundheitsdaten zur Prüfung meiner Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag zu. Das Informationsblatt zur Datenverarbeitung (europaeische.at/datenschutz) habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum _____

Unterschrift _____