

Reisetagemeldung / Number of travel days report Corporate Travel Insurance (CTI)



Wie mit Ihnen vereinbart, sind die Reisetage vom abgelaufenen Versicherungsjahr innerhalb eines Monats zu melden.
As agreed with you, the days of travel from the expired insurance year must be reported within one month.

Polizzenummer: _____
Policy number

Versicherungsnehmer: _____
Policyholder

Firmenname: _____
Name of the company

Telefonnummer: _____
Telephone number

E-Mail Adresse: _____
E-mail address

Land: _____

Country: _____

**Anzahl der Reise / Aufenthaltstage im abgelaufenen
Versicherungsjahr:**

1. **Inland:** _____ Reisetage
2. **Europa:** _____ Reisetage
3. **Weltweit:** _____ Reisetage
4. _____ Personen waren im abgelaufenen
Versicherungsjahr im Auftrag des Unternehmens auf
Reisen.

Soweit sich aus der Reisetagemeldung zur Hauptfälligkeit eine
Prämienänderung ergibt, erfolgt eine nachträgliche Gutschrift/Verrechnung
(unter Berücksichtigung der Jahresmindestprämie).

**Number of travel days / days of residence in the
insurance year ended:**

1. **Home country:** _____ travel days
2. **Europe:** _____ travel days
3. **Worldwide:** _____ travel days
4. In the insurance year ended, _____
persons have been on trips on the instruction of
company.

Any difference between reported travel days on premium due date and the
forecast will result into a change of the premium. In this case there will either be
a refund of the premium or supplement payments (taking into account the
minimum annual premium).

Bitte beachten Sie, dass unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Leistungsanspruches führen.
Please note that false or incomplete information will lead to loss of entitlement to benefits.

Bitte um Angabe einer Kontaktperson, die außerhalb der Bürozeiten durch unsere Einsatzzentrale in dringenden
medizinischen Notfällen kontaktiert werden kann.

Please state the name of a contact person who can be contacted outside office hours by our operations centre in urgent medical emergencies.

Kontaktperson: _____
Contact person

Telefonnummer: _____
Telephone number

E-Mail: _____
E-mail address

.....
Datum
Date

X.....
Unterschrift
signature

Firmenstampiglie
company stamp

Bitte ausgefüllt retournieren an / Please return filled out to E-Mail: cti@europaeische.at

Versicherer: **Europäische Reiseversicherung AG**, Kratochwilstraße 4, A-1220 Wien

Notruf 24 Stunden täglich: +43 1 50 444 00

Kundenservice: Tel. +43 1 317 25 00

E-Mail: info@europaeische.at, www.europaeische.at

Unser Informationsblatt zur Datenverarbeitung ist unter europaeische.at/datenschutz abrufbar oder kann bei unserem Kundenservice angefordert werden.

Aufsichtsbehörde: FMA Finanzmarktaufsicht, Bereich: Versicherungsaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, A-1090 Wien.

Die Europäische Reiseversicherung AG gehört zur Unternehmensgruppe der Assicurazioni Generali S.p.A., Triest, eingetragen im Versicherungsgruppenregister der IVASS unter der Nummer 026.