

1.1. Allgemeine Angaben Versicherungsnehmer / Kreditkarteninhaber

Herr Frau

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail oder Fax

1.2. Bitte tragen Sie alle Reisteteilnehmer ein, deren Reise storniert oder abgebrochen wurde

Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis

2.1. Angaben zur stornierten, abgebrochenen oder umgebuchten Reise

Geschäftsreise
 Reiseveranstalter Reiseziel Reisepreis
 Buchung am geplanter Reisebeginn geplantes Reiseende
 Stornierung am Reiseabbruch am verspäteter Reisebeginn

2.2. Warum wurde die Reise storniert oder abgebrochen?

Tod Krankheit Unfall Sonstiges

Anmerkungen:

2.3. Stornierung der Reise

Bitte geben Sie an, wann das Ereignis eingetreten ist, das zur Stornierung der Reise, bzw. zum Reiseabbruch geführt hat.

Wenn die Reise nicht unverzüglich storniert wurde, geben Sie bitte die Begründung für die Verzögerung an.

2.4. Stornokosten

Die Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters beträgt: _____ EUR

Dies entspricht _____ % des gebuchten Reisepreises.

Bitte senden Sie alle Unterlagen an:

Europ Assistance Versicherungs-AG
Adenauerring 9
81737 München

Kreditkartennummer / Versicherungsnummer

Unser Aktenzeichen (falls bekannt)

◀ Bitte beachten Sie:
 Die versicherte Person ist verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalls die Reise unverzüglich zu stornieren. Machen Sie bitte bei Linienflugstornierungen die Rückerstattung von Steuern und Gebühren (Tax) geltend.

3. Abbruch der Reise

Aufstellung der durch den Reiseabbruch zusätzlich entstandenen Rückreisekosten.

Aufstellung / Kosten der nicht in Anspruch genommenen Leistungen.

Bei Rundreise / verlängertem Aufenthalt: eventuell angefallene Mehrkosten

4.1. Angaben zum Versicherungsfall / Wer hat den Versicherungsfall ausgelöst?

Einer der Reiseteilnehmer? Name, Vorname

Ein nicht mitreisender Angehöriger? Name, Vorname
(Bitte Nachweis über das Verwandtschaftsverhältnis beifügen.)

4.2. Bei Krankheit (eigene Angaben, nicht Angaben des Arztes)

Krankheitsbezeichnung

Wann trat die Krankheit ein?

Wann wurde der Arzt aufgesucht?

ambulante Behandlung (von – bis)

stationäre Behandlung (von - bis)

Arbeitsunfähigkeit (von – bis)

4.3. Bei Unfall

Unfalltag

Unfallort

Name und Anschrift des Unfallverursachers

Kurze Schilderung des Unfallhergangs

Art und Umfang der Verletzungen

Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers

Versicherungsnummer des Unfallverursachers

5. Zahlungsdaten

Kontoinhaber

Name der Bank

Ort

IBAN

SWIFT / BIC Code bei
Auslandsüberweisung



Bitte reichen Sie folgende
Unterlagen ein:

> Versicherungsnachweis

> Kopie der
Buchungsbestätigung zzgl. der
Allg. Geschäftsbedingungen

> Stornokostenrechnung im
Original

Für die jeweiligen Rücktritts-
bzw. Abbruchsgründe wird
benötigt:

> Bei Krankheit, Unfall,
Schwangerschaft: ausführliches
Attest mit Diagnose und
Behandlungsdaten

> Bei psychischen
Erkrankungen: ausführliches
Attest vom behandelnden
Facharzt für Psychiatrie

> Bei Todesfall: Kopie der
Sterbeurkunde

> Bei Kündigung: Kündigungs-
schreiben des Arbeitgebers mit
Angabe der Gründe

> Bei Arbeitsaufnahme:
Aufhebungsbescheid der
Arbeitsagentur und Kopie des
neuen Arbeitsvertrags

> Bei Arbeitsplatzwechsel:
Bescheinigung des Arbeitgebers
über den Arbeitsplatzwechsel

> Bei erheblichem Schaden am
Eigentum: Nachweis, dass ein
erheblicher Schaden am
Eigentum entstanden ist (z.B.
Polizeimeldung,
Schadenmeldung des
Gebäudeversicherers, u.ä.)

> Ferienwohnung: Nachweis
über die Nichtweitervermietung
des Objektes

Zusätzlich sind bei einem
Reiseabbruch folgende
Unterlagen einzureichen:

> Originalbelege der
Rückreisekosten

> Aufstellung des Reise-
veranstalters/Vermieters über
die nicht in Anspruch
genommenen Reiseleistungen
und über den Zeitpunkt des
Abbruchs

> Bei Krankheiten im Rahmen
des Reiseabbruchs: Attest vom
Arzt am Urlaubs-/Unfallort
beifügen

6. Angaben zu weiteren Versicherungen

Besitzen Sie oder ein anderer Reiseteilnehmer eine weitere Reiserücktritts-/ Reiseabbruchversicherung (ggfs. über eine Kreditkarte / einen Automobilclub)? ja nein

Wenn ja, bei welchem Versicherungsunternehmen / bei welcher Bank?
Bitte geben Sie Versicherungs- oder Kreditkartennummer an.

> Belehrung zur Wahrheitspflicht

Vorsätzlich oder grob fahrlässig unwahre bzw. lückenhafte Angaben können nach der Rechtsprechung auch dann zum Verlust des Versicherungsanspruches führen, wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht. Durch meine Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer



Unterschreiben Sie bitte hier.

> Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Europ Assistance daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Europ Assistance Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch Europ Assistance
Ich willige ein, dass die Europ Assistance die von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Leistungsprüfung dieses Versicherungsfalles erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht für diesen Einzelfall
Ich willige ein, dass die Europ Assistance- soweit dies für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist, meine Gesundheitsdaten bei folgenden Stellen (Hausarzt/ Facharzt) erhebt und für die Leistungsprüfung zweckgebunden verwendet:

Name, Adresse:

Name, Adresse:

Ich befreie die oben genannten Personen und Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht, soweit die zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten an die Europ Assistance übermittelt werden und befreie auch insoweit die für die Europ Assistance tätigen Personen von Ihrer Schweigepflicht.

Sofern Sie nicht selbst erkrankt bzw. verunfallt sind, lassen sie bitte die Erklärung von den Betroffenen, deren Gesundheitsdaten erhoben werden sollen, unterzeichnen.

3. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Europ Assistance benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Europ Assistance meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Leistungsprüfung erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Europ Assistance zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Versicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift Patient (bzw. des gesetzlichen Vertreters)



Unterschreiben Sie bitte hier.