

Schadensformular Storno

Reisebüro Idealtours GmbH, Marktstraße 6b, 6230 Brixlegg
Email: schaden@idealtours.at

(i) Bitte füllen Sie das Formular vollständig in Blockbuchstaben aus und schicken Sie es uns per Post oder E-Mail zu.
Für Rückfragen stehen Ihnen unsere ReiseexpertInnen gerne zur Verfügung!

A. Informationen zum Reiseteilnehmer

Vorgangsnummer:

Herr Frau

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Land: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Weitere Reiseteilnehmer, die ebenfalls storniert haben

Verwandtschaftsverhältnis

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Warum wurde storniert/umgebucht/abgebrochen? Krankheit Tod Schwangerschaft

Unfall: Wurde der Unfall durch Dritte (mit)verursacht? Ja Nein

Sonstiges: _____

(i) Bei Erkrankung/Unfall/Schwangerschaft lassen Sie bei Storno/Umbuchung bitte das ärztliche Attest auf der Folgeseite ausstellen;
bei anderen Gründen den entsprechenden Beleg (z.B. Sterbeurkunde).

Name der betroffenen Person: _____

Bei nicht mitreisenden Familienangehörigen: Wie verwandt mit den Reiseteilnehmern?

Hinweis: Bitte legen Sie einen Verwandtschaftsnachweis bei (z.B. Geburtsurkunde, Heiratsurkunde).

Wann ist das Ereignis eingetreten, das zu Stornierung führte?

Spitalsaufenthalt Nein Ja - von _____ bis _____

Krankmeldung bei der Sozialversicherung Nein Ja - von _____ bis _____

Zahlung der Versicherungsleistung an Reiseteilnehmer die Buchungsstelle (z.B. Reisebüro)

Reisepreis € Stornokosten € das sind _____ % des Reisepreises.

auf folgendes Konto: Kontoinhaber

IBAN: _____ SWIFT/BIC: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben. Ich entbinde hiermit den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass meine Daten dem Versicherer übermittelt werden dürfen.

Datum, Unterschrift

B. Attest vom behandelnden Arzt

(bei fachärztlicher Behandlung vom Facharzt, bei Spitalsbehandlung vom Krankenhaus - psychische Erkrankungen sind durch einen Facharzt der Psychiatrie zu bestätigen)

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

wegen Erkrankung/Unfall/Schwangerschaft Ihres Patienten werden bei uns im Rahmen der Stornoversicherung Ansprüche geltend gemacht. Im Interesse einer bedingungsgemäßen Bearbeitung des Versicherungsfalles bitten wir Sie um vollständige Beantwortung der folgenden Fragen. Vielen Dank für Ihre Bemühungen. Reisebüro Idealtours GmbH

Patient Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

1. Genaue Diagnose (bitte leserlich): _____

verordnete Therapie: _____

War der Patient aufgrund der gestellten Diagnose in stationärer Behandlung?

Nein Ja - Krankenhaus/Klinik: _____ von

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 bis

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Krankmeldung bei der Sozialversicherung:

Nein - Begründung: _____

Ja (Kopie der Krankmeldung beilegen) von

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 bis

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

2. Wann erkrankte der Patient / Wann ist der Unfall eingetreten?

Datum*

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

3. Ist die Erkrankung/Unfallfolge medizinisch als schwer zu betrachten (d.h. gleichzustellen mit zwingender Reiseunfähigkeit)?

Nein Ja Wann war erstmalig die Reiseunfähigkeit erkennbar? Datum*

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

3a. Falls nicht mitreisender Angehöriger (wie Lebensgefährte, Kinder, Eltern, Geschwister) betroffen ist:

Wann war erkennbar, dass die Anwesenheit des Versicherten dringend erforderlich war? Datum*

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

* falls diese Daten nicht übereinstimmen, bitte um Begründung: _____

4. War der Patient bei Reisebuchung als reisefähig zu betrachten?

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Nein Ja

5. Handelt es sich um eine Erkrankung, die seit längerer Zeit besteht?

Nein Ja - seit wann

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Ist eine gravierende, unerwartete Verschlechterung eingetreten?

Nein Ja

War der Patient in den letzten 12 Monaten VOR REISEBUCHUNG im Zusammenhang mit der oben angeführten Diagnose in stationärer Behandlung?

Nein Ja - Krankenhaus: _____ von

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 bis

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

War der Patient in den letzten 9 Monaten VOR REISEBUCHUNG im Zusammenhang mit der oben angeführten Diagnose in ambulanter Behandlung?

Nein Ja - Arzt: _____ von

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 bis

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

6. Wurden Sie vor Reisebuchung vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt? Nein Ja

Um weitere Anforderungen zu vermeiden, legen Sie bitte einen Auszug aus der Krankenkartei, bei stationärem Aufenthalt einen Krankenhausbericht inkl. Anamnese bzw. bei Schwangerschaft eine Kopie des Mutter-Kind-Passes bei.

Raum für Bemerkungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben zum oben genannten Patienten für das Reiseziel _____ mit Reisebeginn _____.

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):

