

# Schadenformular für Hotelbuchungen

Schadenabwicklung/Schadensauskünfte  
Internationaler Versicherungsbroker Assiconsult  
Esperantostraße 1, I-39100 Bozen  
Tel. +39/0471/069 900  
E-Mail: info@assiconsult.com

Polizzenummer \_\_\_\_\_

Schadennummer \_\_\_\_\_

## 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



## 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

Schadenabwicklung/Schadensauskünfte

Internationaler Versicherungsbroker Assiconsult

Esperantostraße 1, I-39100 Bozen

Tel. +39/0471/069 900

E-Mail: info@assiconsult.com

Polizzenummer \_\_\_\_\_

Schadensnummer \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

**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**