

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# Schadenmeldung

## Reiserücktritt- / Reiseabbruch- / Storno-Versicherung

Bitte vollständig ausfüllen!

**1. Wer hat die Reise / Veranstaltung angemeldet?**

Bitte geben Sie bei Doppelnamen oder mehreren Familiennamen alle Namen an!

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname(n)	Name(n)
Straße		Nummer / Adresszusatz
PLZ		Ort
Telefon / Mobil		E-Mail

**2. Bankverbindung**

Wer soll die Versicherungsleistung erhalten?

<input type="checkbox"/> wie 1. oder anderer Empfänger:	Vorname	Name
Kreditinstitut		
IBAN (max. 34 Stellen)		Swift- / BIC-Code (8 oder 11 Stellen)

**3. Angaben zur Reise / Veranstaltung:**

Besteht außer diesem ELVIA Reiseschutz ggf. eine weitere Reiserücktritt- / Storno-Versicherung (Kreditkarte etc.)?

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Versicherer / Kreditkartenbezeichnung (Bank)	
Versicherungs-Nr. (Versicherungspolice-, Jahresversicherungs- oder Kreditkartennummer etc.)		
Buchungsdatum	Reise- / Veranstaltungsbeginn	(Reise-)Abbruch
Stornierungsdatum	Reise- / Veranstaltungsende	verspäteter (Reise-)Antritt
Gesamter Reisepreis in Euro	In welcher Höhe werden Kosten geltend gemacht? (Storno- bzw. Rückreisekosten etc. in Euro)	

▶ Bitte evtl. Aufstellung der geforderten Stornokosten beilegen.

**4. Bitte tragen Sie alle Teilnehmer ein, deren Reise / Veranstaltung storniert, verspätet angetreten, unter- oder abgebrochen wurde:**

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 1. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 2. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 3. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 4. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum

**Wichtiger Hinweis**

Zur Bearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:

- Versicherungsnachweis
- (Reise-)Buchungsbestätigung
- Rücktrittskostenrechnung, ggf. Eintrittskarten im Original
- Nachweis zum Eintritt des Versicherungsfalls (Attest, Sterbeurkunde etc.)

Als Anlage beigefügt:

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Bei Reiseabbruch:

- Abrechnung des Veranstalters / Leistungsträgers über die nicht genutzten (Reise-)Leistungen
- Originalbelege der zusätzlichen Rückreisekosten, sofern versichert

Als Anlage beigefügt:

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

▶ Bitte wenden

## 5. Warum wurde die Reise / Veranstaltung storniert, verspätet angetreten, unter- oder abgebrochen?

<input type="checkbox"/> Krankheit (siehe 5.1)	<input type="checkbox"/> Unfall (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/> Tod					
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Sonstiges Ereignis	Wann war dieses Ereignis? <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					

Welches sonstige Ereignis?

Welche Person wurde davon betroffen?

Vorname	Name
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wie?

Besteht keine Namensgleichheit mit der betroffenen Person, bitten wir um Übersendung eines entsprechenden Nachweises über das Verwandtschaftsverhältnis.

**Bitte legen Sie als Nachweis unbedingt eine ärztliche Bescheinigung mit Angabe der Diagnose und der genauen Behandlungsdaten für die Krankheit, Unfallverletzung und Schwangerschaft bei. Falls ein solches Attest noch nicht vorliegt, geben Sie bitte den anhängenden Vordruck an den behandelnden Arzt weiter.**

### 5.1 Bei Krankheit:

Krankheitsbezeichnung / Beschwerden / Symptome

	Wann trat die Krankheit auf?	Wann wurde der Arzt aufgesucht?										
	<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	vom <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						bis <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	vom <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						bis <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	vom <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						bis <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Wann wurde der Arzt erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung befragt?	<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					

Wie war seine Beurteilung?

Befand sich der Patient wegen der gleichen oder einer ähnlichen Erkrankung schon früher in ärztlicher Behandlung?

Ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	vom <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						bis <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	vom <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						bis <table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					

### 5.2 Bei Unfall:

Unfallort	Unfalltag <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mitverursacht? (Falls Ja, bitte Unfallbericht / Unfallschilderung beilegen!)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Vorname / Name und Anschrift des Unfallverursachers

Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name)	Versicherungsschein-Nr.
---	-------------------------

Anschrift der Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers

Haben Sie dort Schadenersatz gefordert? (Falls Ja, bitte Korrespondenz beilegen!)

 Nein  Ja

## 6. Belehrung zur Wahrheitspflicht (§ 28 VVG):

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben einen Verlust der Versicherungsleistung zur Folge haben. Bei grob fahrlässig unwahren oder unvollständigen Angaben kann der Versicherer die Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn ich nachweisen kann, dass die unwahre oder unvollständige Angabe nicht grob fahrlässig gemacht wurde. Wenn ich nachweise, dass die vorsätzlich oder grob fahrlässig gemachte Angabe weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war, bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die unwahren oder unvollständigen Angaben arglistig gemacht wurden. Bei arglistig gemachten unwahren oder unvollständigen Angaben wird der Versicherer in jedem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei.

**7. Abtretungserklärung:** Eventuelle Ansprüche gegen Dritte trete ich in Höhe der von AWP P&C S.A. gezahlten Leistungen an AWP P&C S.A. ab.

Ort / Datum	Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!)
-------------	--