



Schadensmeldung Stornierungskosten-Versicherung – Police–Nr.:

Name / Vorname:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum:

Telefon tagsüber:

Telefon privat:

E-mail:

Daten zur geplanten Reise

Gebucht am:

Reiseland:

Reisebeginn:

Reiseende:

Datum der Stornierung:

Stornokosten:

Zur Schadenbearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:

Als Anlage beigelegt:

- Originalausfertigung der Police	ja	nein
- Buchungsbestätigung im Original	ja	nein
- Stornorechnung im Original	ja	nein
- Zahlungsnachweis der Stornokosten	ja	nein
- bei Travel&Work-Aufenthalt: Nachweis über das gebuchte Programm oder Kopie des Working-Holiday-Visums	ja	nein
- bei Studenten: Kopie der Immatrikulationsbescheinigung oder des ISIC	ja	nein
- Nachweis der Reiseunfähigkeit bzw. des Stornierungsgrunds	ja	nein

Senden Sie bitte den entsprechende Nachweis bei

☐	unerwartete schwere Krankheit	Ausführliches Attest mit Diagnose, Behandlungsdaten und Vorgeschichte. Falls ein solches Attest noch nicht vorliegt, geben Sie bitte den anhängenden Vordruck an den behandelnden Arzt weiter.
☐	Impfunverträglichkeit	
☐	Schwangerschaft	Ausführliches Attest mit Diagnose und Behandlungsdaten
☐	Unfall	
☐	Todesfall:	Kopie der Sterbeurkunde
☐	Wiederholungsprüfung	Bescheinigung von der prüfenden Institution mit Nennung des alten und des neuen Prüfungsdatums
☐	Schäden am Eigentum	Nachweise beifügen
☐	Arbeitslosigkeit	Kündigungsschreiben des Arbeitsgebers
☐	Aufnahme eines Dauerverhältnisses	Urlaubsgenehmigung des Arbeitsamts und Arbeitsvertrag
☐	Einberufung zum Wehr- oder Zivildienst	Bescheinigung über die Einberufung
☐	abgesagte Praktikum	schriftliche Teilnahmebestätigung und Absage des Praktikumsgebers

Daten zu den gemeinschaftlich versicherten Reiseteilnehmern – max. 6 Personen (Name / Vorname, Adresse, Tel-Nr., Geburtsdatum)

Wie viele davon haben storniert?

Welche Person hat den Versicherungsfall ausgelöst ?



Ist diese Person mit einem der Reiseteilnehmern verwandt? nein ☐ ja ☐ wie?

Bitte senden Sie einen Nachweis des Verwandtschaftsverhältnisses, wenn keine Namensgleichheit mit der betroffenen Person besteht

Angaben zu der den Versicherungsfall auslösenden Person

Krankheitsbezeichnung:

Beschwerden / Symptome:

Wann trat die Krankheit auf?

Wann wurde der Arzt aufgesucht?

War eine weitere bzw. nochmalige Behandlung notwendig?

Ambulante Behandlung:

vom

bis

Stationäre Behandlung:

nein ☐ ja ☐

vom

bis

Arbeitsunfähigkeit:

nein ☐ ja ☐

vom

bis

Wann - genaues Datum - wurde der Arzt erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise befragt?

Wie war seine Beurteilung?

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

nein ☐ ja ☐

ambulant

vom

bis

stationär

vom

bis

Angaben zu der den Versicherungsfall auslösenden Person

Unfalltag

Unfallort

Name und Adresse des Unfallverursachers
(Bitte Unfallbericht beilegen)

Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers
(Name und Adresse / Vertrags-Nr, Schadens-Nr.)

Haben Sie dort Schadenersatz gefordert? nein ☐ ja ☐ (Bitte Korrespondenz beilegen)

Angaben zu weiteren Versicherungen:

Besitzen Sie eine weitere Stornoversicherung oder eine Kreditkarte mit Reiserücktrittsversicherung?

nein ☐ ja ☐ Wenn ja, bitte Versicherungsgesellschaft sowie Police-Nr. bzw. Kreditkartenunternehmen, Kreditkartennummer, ausgebendes Kreditinstitut (Sparkasse, Bank) angeben

Angaben zur Zahlung der Rücktrittskosten

BLZ

Konto-Nr.

Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragssteller)

Erklärung

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. (s. dazu §8 und §9 der AVB)

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers



Um eine schnelle Schadensbearbeitung zu gewährleisten und etwaige Verzögerungen und Rückfragen zu vermeiden, bitten wir Sie die folgende Schweigepflichtentbindung zu unterzeichnen. Wir werden diese jedoch nur für den Fall nutzen, falls die gemachten Angaben für eine Schadensbearbeitung notwendig sind.

Versicherungsfall-Nr.

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruchs mache. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht gegenüber der MAPFRE ASISTENCIA insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen über meinen Tod hinaus. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie Kranken- und Reise-Rücktrittskosten-Versicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

Bitte tragen Sie auf diesem Formular unter der entsprechenden Rubrik I und II in den umrandeten Feldern Ihre persönlichen Daten und die Reisedaten ein und unterzeichnen Sie die nachstehende Erklärung. Geben Sie bitte diesen Vordruck danach an den behandelnden Arzt weiter.

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Schaden-Nr.

I. Krankheit / Unfall der versicherten Person

Name, Vorname	Geburtsdatum	
Reiseziel		
Buchungsdatum	Reisezeit vom	bis

Diagnose mit ICD 10 Code der Krankheit oder des Unfalls, die zur Stornierung der Reiseabsage

Datum der Diagnose oder des Unfalltages

Ist diese Krankheit als so ernst anzusehen, dass Sie dem Patienten die Reise verbieten müssen? ja ☐ nein ☐

Feststellungsdatum der Krankheit, Datum des Unfalltages oder der ärztlichen Behandlung

Bitte nennen Sie die verordneten Medikamente und eingeleiteten Therapiemaßnahmen

Daten der weiteren Behandlungen

Ist Ihnen bekannt, ob der Patient früher schon aus diesem Grund anderweitig behandelt wurde, gegebenenfalls wann und durch wen?

Stationäre Behandlung? nein ☐ ja ☐ von

bis

Bitte senden Sie eine Kopie des Entlassungsberichts vom Krankenhaus



Bestand Arbeitsunfähigkeit? nein ☐ ja ☐ von bis

Hat sich die bestehende Krankheit plötzlich verschlechtert? nein ☐ ja ☐ wann

War diese Verschlechterung bei der Art des Leidens und dem bisherigen Krankheitsverlauf nach allgemeiner objektiver Lebenserfahrung zu einem bestimmten Zeitpunkt zu erwarten?

Wurden Sie vor der Reisebuchung (s.o. Datum) nach der Reisefähigkeit befragt?

nein ☐ ja ☐ wann

Wenn Ja, was wurde dem/der Patient/in bzw. den Angehörigen geraten bzw. worauf wurde hingewiesen ?

Wurden Sie nach der Reisebuchung (s.o. Datum) nach der Reisefähigkeit gefragt?

nein ☐ ja ☐ wann

Wann haben Sie vom Antritt der Reise abgeraten ? wann

Begründung:

Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt? Nein Ja, am:

Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?

Nein ☐

Ja ☐ seit

Bitte die fügen Sie einen Bericht über Vorgeschichte/Gesamtanamnese bei (ggf. Extrablatt)

II. Schwangerschaft

Name, Vorname

Geburtsdatum

Reiseziel

Buchungsdatum

Reisezeit vom bis

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?

Datum

Schwangerschaftswoche

Wann war der errechnete Entbindungstermin?

Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?

Datum

Schwangerschaftswoche

Warum wurde von der Reise abgeraten? Bitte nennen Sie die genaue Diagnose/Komplikationen

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes Stempel des Arztes