Schadensformular Kurs und Seminar
Storno-Schutz Physio Austria

Europäische Reiseversicherung AG, Kratochwjlestraße 4, A-1220 Wien
Tel. +43/1/317 25 00-73930, Fax +43/1/319 93 67-73930, E-Mail: schaden@europaeische.at

Europäische Reiseversicherung

physioaustria

Für die rasche Schadenbearbeitung übermitteln Sie bitte die folgenden Unterlagen:

- vollständig ausgefülltes Schadenformular
- Kursbestätigung
- Stornorechnung
  Bei Rücktritt von einem Kurs gelten die folgenden Stornobedingungen:
  - bis zum Datum der Kurszusage ist eine Abmeldung jedenfalls kostenlos möglich
  - Abmeldungen bis 60 Tage vor Kursbeginn sind kostenlos möglich
  - bei Abmeldung ab 59 Tage bis 24 Tage vor Kursbeginn wird eine Bearbeitungsgebühr von € 30,- verrechnet
  - 23 bis 10 Tage vor Kursbeginn werden 50% der Kursgebühr verrechnet
  - danach 100% der Kursgebühr
- bei Erkrankung/Unfall/Schwangerschaft: lassen Sie bei Storno/Umbuchung bitte das ärztliche Attest auf der Folgeseite ausstellen bei Abbruch: ein Attest des Arztes vor Ort (inkl. Diagnose)
- bei anderen Stornogründen: der entsprechende Beleg (z.B. Einberufungsbefehl, Scheidungsklage, Maturazeugnis, Sterbeurkunde)
- bei Erkrankung/Unfall/Tod eines Familienangehörigen, bitte zusätzlich einen Verwandtschaftsnachweis beilegen (Geburtsurkunde etc.)

Polizzen-Nr.: SEM02PHYSIO

Schaden-Nr.: _____
(wird von der Europäischen vergeben!)

Informationen zum Kursteilnehmer

☐ Herr ☐ Frau Vorname _____ Nachname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____ Land _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____ E-Mail _____

Weitere Kursteilnehmer, die ebenfalls storniert/umgebucht/abgebrochen haben

Vor- und Nachname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis

Warum wurde storniert/umgebucht/abgebrochen? ☐ Krankheit ☐ Tod ☐ Schwangerschaft ☐ Sonstiges _____

☐ Unfall: Wurde der Unfall durch Dritte (mit)verursacht? ☐ Nein ☐ Ja (Unfallbericht – Name/Adresse des Unfallgegners beilegen)

Name der betroffenen Person _____

Bei Erkrankung/Unfall/Tod von Familienangehörigen: Wie verwandt mit den Kursteilnehmern? _____

Wann ist das Ereignis eingetreten, das zu Stornierung/Umbuchung/Abbruch führte? _____

Spitalsaufenthalt ☐ Nein ☐ Ja – von _____ bis _____

Krankmeldung bei der Sozialversicherung ☐ Nein ☐ Ja – von _____ bis _____

Besitzen Sie eine **weitere Stornoversicherung** oder eine **Kreditkarte**? ☐ Nein ☐ Ja – welche?

Versicherer: _____ Polizzen-Nr. _____

☐ Visa ☐ MasterCard ☐ DinersClub ☐ AmericanExpress ☐ _____ Karten-Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ X X X X

☐ Visa ☐ MasterCard ☐ DinersClub ☐ AmericanExpress ☐ _____ Karten-Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ X X X X

Karteninhaber: _____

Wurden bereits Ersatzansprüche bei anderen Versicherungsgesellschaften gestellt bzw. Entschädigungszahlungen geleistet?

☐ Nein ☐ Ja – Versicherungsgesellschaft _____ Höhe: € _____

Zahlung der Versicherungsleistung 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 _____

Polizzen-/Kreditkartennr.: _____ Schaden-Nr.: _____

(wird von der Europäischen vergeben!)

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. Europäische Reiseversicherung AG

Vor- und Nachname des Patienten _____ Geburtsdatum _____

1. Genaue Diagnose (bitte leserlich):

   verordnete Therapie:

2. Wann erkrankte der Patient / Wann ist der Unfall eingetreten / Wann wurde die Diagnose gestellt? (bei Schwangerschaft: wann wurde die Schwangerschaft festgestellt) Datum: T T M M J J J J
3. Ist die Erkrankung/Unfallfolge medizinisch als schwer zu betrachten (d.h. gleichzustellen mit zwingender Unfähigkeit der Kursteilnahme)? ☐ Nein ☐ Ja

   Wann war erstmalig die Unfähigkeit der Kursteilnahme erkennbar? Datum: T T M M J J J J

3a. Falls Angehörige (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
4. Handelt es sich um eine Erkrankung/Unfallfolge, die bereits vor **Versicherungsabschluss/Kursbuchung** bestanden hat?
   ☐ Nein ☐ Ja – seit wann: T T M M J J J J → **wenn JA, bitte zusätzlich Fragen 5 und 6 beantworten**

Nur bei bestehenden Erkrankungen/Unfallfolgen auszufüllen:

5. Bestanden zur Zeit des **Versicherungsabschlusses/Kursbuchung** (Datum T T M M J J J J)
   Bedenken gegen den Antritt des Kurses? ☐ Nein ☐ Ja
   Konnte der Patient mit planmäßigem Antritt des Kurses rechnen? ☐ Nein ☐ Ja
   Ist eine gravierende, unerwartete Verschlechterung eingetreten? ☐ Nein ☐ Ja
6. War der Patient in den letzten ☐ 9 Monaten / ☐ 12 Monaten **VOR VERSICHERUNGSABSCHLUSS bzw. KURSBUCHUNG** 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. KURSBUCHUNG** in Zusammenhang mit der oben angeführten Diagnose in ambulanter Behandlung? (ausgenommen Kontrolluntersuchungen)
   ☐ 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 den Kurs _____ mit Kursbeginn _____. 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

Stand 05/2015