

## Schadenanzeige Stornokosten

Polizzenummer:

Schadennummer:

### 1. Reiseteilnehmer, deren Reise storniert wurde

Name und Vorname	
Straße	
Postleitzahl/Ort	
Geburtsdatum (dd/mm/yy)	Telefonnummer
E-Mail Adresse	
Besitzen Sie eine Kreditkarte mit inkludierter Reiseversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welches Institut? <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Amex <input type="checkbox"/> andere _____
Sind Sie Inhaber einer weiteren Stornoversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche Versicherung?

Teilnehmer 1	Geburtsdatum
Teilnehmer 2	Geburtsdatum
Teilnehmer 3	Geburtsdatum
Teilnehmer 4	Geburtsdatum
Teilnehmer 5	Geburtsdatum

### 2. Angaben zur Reise

Reisebüro/Buchungsstelle		Reiseveranstalter	
Reisepreis	Höhe der Stornospesen ohne Gebühren/ % vom Reisepreis		
Buchung am	Stornierung am	Reisebeginn	Reiseende
Reiseziel			

### 3. Grund für das Storno

<input type="checkbox"/> Krankheit (siehe 4.1.) <input type="checkbox"/> Unfall (siehe 4.2.) <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Sonstiger Grund
Bemerkung zum Stornoereignis
Welche Person ist davon betroffen?
Ist diese Person mit einem der Reiseteilnehmer verwandt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie?

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

### 3.1. Stornogrund: Krankheit

Bezeichnung der Krankheit	
Wann trat die Krankheit auf? (dd/mm/yy)	Wann wurde der Arzt aufgesucht? (dd/mm/yy)
Ambulante Behandlung von/bis	Stationäre Behandlung von/bis
Arbeitsunfähigkeit von/bis	
Wann wurde der Arzt zum ersten Mal nach der Durchführbarkeit der Reise befragt? (dd/mm/yy)	
Wie war seine Beurteilung?	
Befand sich der Patient wegen der gleichen oder einer ähnlichen Erkrankung schon früher in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ambulante Behandlung von/bis	Stationäre Behandlung von/bis

### 3.2. Stornogrund: Unfall

Unfalltag (dd/mm/yy)	Unfallort
Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mitverursacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name und Anschrift des Schädigers	
Haftpflichtversicherung des Schädigers (Name, Anschrift, Vertrags-Nr.)	

### 4. Erklärung

***Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.  
Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.***

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

### Der Auszahlungsbetrag soll angewiesen werden an

Kontonummer	Bankleitzahl/Institut
Kontoinhaber	
Adresse des Kontoinhabers	

### Zur Schadenbearbeitung benötigen wir

Versicherungsnachweis
Buchungsbestätigung des Reiseveranstalters
Storno-Rechnung des Reiseveranstalters
Detaillierte Unterlagen über den Grund der Stornierung

## Schweigepflichtentbindung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruches mache. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus. Hinsichtlich einer bereits vor Versicherungsabschluss durchgeführten Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind.

## Vom Versicherten auszufüllen

Buchung am	Reisebeginn
Reiseziel	
Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

## Ärztliche Bescheinigung

zur Vorlage bei  
AGA INTERNATIONAL S.A.  
Niederlassung für Österreich  
Pottendorfer Straße 25-27, A-1120 Wien

Sehr geehrte/r Frau/Herr Doktor!

Wir bitten Sie, nachstehende Fragen im Sinne der Erklärung des versicherten Kunden zu beantworten, sodass wir die Leistungspflicht aus der Storno-Versicherung beurteilen können.

### A. Krankheit oder Unfall des Versicherten

Name des behandelnden Arztes	
Diagnose (bitte leserlich)	
Wann wurde die Diagnose erstellt? (dd/mm/yy)	
Bestanden zu diesem Zeitpunkt Bedenken bezüglich des Reiseantritts?	
Wann waren erstmals Anzeichen der jetzigen Krankheit erkennbar?	
Bestand Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ab wann? (dd/mm/yy)
Stationäre Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von/bis (dd/mm/yy)
Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt?	Datum (dd/mm/yy)

Vom Arzt auszufüllen!

Wann war erstmalig die Reiseunfähigkeit erkennbar?	Datum (dd/mm/yy)
Bestand die Krankheit schon seit längerer Zeit?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit:
Bemerkung	

**B. Krankheit nicht mitreisender Angehöriger**

Diagnose (bitte leserlich)
Wann trat die Krankheit auf?
Bestand diese Krankheit schon seit längerer Zeit? Wenn ja, (seit) wann?
Name des behandelnden Arztes?

**C. Schwangerschaft**

Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?
Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?
Welche Schwangerschaftskomplikationen führten zu dieser Beurteilung?

Ort, Datum	Stempel des Arztes
Unterschrift	