AGA International S.A. - Leistungsabteilung
Pottendorfer Straße 25-27, A-1120 Wien
Telefon: +43-1/525 03-6822, Fax: +43-1/525 03-890
schaden@allianz-assistance.at
www.allianz-assistance.at

Global Assistance
Allianz

Schadenanzeige Stornokosten

Polizzennummer:

Schadennummer:

1. Angaben zur Reise (Bitte vollständig ausfüllen!)

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

2. Teilnehmer, deren Reise storniert wurde (Bitte vollständig ausfüllen!)

Name und Vorname		
Straße	Postleitzahl/Ort	
Geburtsdatum *dd/mm/yy*	E-Mail Adresse	Telefonnummer

Besitzen Sie eine Kreditkarte mit inkludierter Reiseversicherung? ☐ Mastercard ☐ Visa ☐ andere_____	Kreditkarten-Nummer (die ersten 6 Ziffern) ☐☐☐☐☐☐ Diese Information benötigen wir zur Schadenteilung zwischen den Versicherungen.
Sind Sie Inhaber einer weiteren Stornoversicherung? ☐ Ja ☐ Nein	Welche Versicherung?

Teilnehmer 2	Geburtsdatum *dd/mm/yy*
Teilnehmer 3	Geburtsdatum *dd/mm/yy*
Teilnehmer 4	Geburtsdatum *dd/mm/yy*
Teilnehmer 5	Geburtsdatum *dd/mm/yy*
Teilnehmer 6	Geburtsdatum *dd/mm/yy*

3. Schweigepflichtentbindung (Bitte vollständig ausfüllen!)

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.

Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

How can we help?

4. Grund für die Stornierung (Bitte vollständig ausfüllen!)

Welche Person ist davon betroffen?

Falls die betroffene Person kein Reiseteilnehmer ist, dann geben Sie bitte den Verwandtschaftsgrad an

Ursache der Stornierung

☐ Gesundheitliche Ursachen (Krankheit / Schwangerschaft / Unfall / Todesfall)

☐ Andere Gründe _____

4.1. Stornogrund: Gesundheitliche Ursachen

Bezeichnung der Diagnose	
Wann trat die Krankheit auf? *dd/mm/yy*	Wann wurde der Arzt aufgesucht? *dd/mm/yy*
Ambulante Behandlung von/bis *dd/mm/yy*	Stationäre Behandlung von/bis *dd/mm/yy*
Arbeitsunfähigkeit von/bis *dd/mm/yy*	
Wann wurde der Arzt zum ersten Mal nach der Duchführbarkeit 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? ☐ Ja ☐ Nein	

5. 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

6. Der Auszahlungsbetrag soll angewiesen werden an

IBAN/Kontonummer	BIC/Bankleitzahl	Kontoinhaber
Adresse des Kontoinhabers		
Ort, Datum	Unterschrift	

Für eine vollständige Schadenbearbeitung fügen Sie bitte nachstehende Dokumente bei:

- ✓ Versicherungsnachweis
- ✓ Buchungsbestätigung
- ✓ Storno-Rechnung
- ✓ Detaillierte Unterlagen über den Grund der Stornierung bzw.
- ✓ Ärztliche Bescheinigung (detaillierte Unterlagen inkl. medizinischer Vorgeschichte, z.B.: Patientenkartei, Befunde etc.)

Ärztliche Bescheinigung

(Vom behandelnden Arzt gut leserlich auszufüllen!)

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

Global Assistance
Allianz

Bitte nachstehende Fragen im Sinne der Erklärung des Versicherungsnehmers beantworten, sodass die Leistungspflicht aus der Storno-Versicherung beurteilt werden kann.

Name der/des Patienten/in	
Name des behandelnden Arztes	
Diagnose	
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? ☐ Ja ☐ Nein	Ab wann? *dd/mm/yy*
Stationäre Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein	Von/bis *dd/mm/yy*
Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt? Datum *dd/mm/yy*	
Wann war erstmalig die Reiseunfähigkeit erkennbar? Datum *dd/mm/yy*	
Bestand die Krankheit schon seit längerer Zeit? ☐ Ja, seit *dd/mm/yy* _____ ☐ Nein	
Bemerkung	

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	

How can we help?