

Schadensanzeige Stornoschutz

1) Persönliche Angaben

Teilnehmer 1 Deren Reise storniert werden muss	Name (Vorname/Nachname)	
	Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
	Geburtsdatum	
	Telefon	
	E-Mail	
	Besitzen Sie eine Kreditkarte mit inkludierter Reiseversicherung?	<input type="radio"/> Visa <input type="radio"/> Mastercard <input type="radio"/> Andere <input type="radio"/> keine Kreditkarte mit Reiseversicherung
	Sind Sie Inhaber einer Stornoversicherung?	<i>Wenn ja: wo?</i>
Teilnehmer 2 Auf derselben Buchungsnummer gebucht	Name (Vorname/Nachname)	
	Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
	Telefon	
	E-Mail	

2) Angaben zur Reise

Buchungsnummer	
Reiseziel	
Reisepreis	
Reisebeginn	
Reiseende	
Stornierung am	

3) Schweigepflichtentbindung

Mir ist bekannt, dass Hehle Reisen zur Beurteilung seiner Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruches mache. Zu diesem Zwecke 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.

<i>Ort, Datum</i>	<i>Unterschrift (Teilnehmer 1)</i>
-------------------	------------------------------------

4) Grund der Stornierung (Bitte vollständig ausfüllen!)

Welche Person ist davon betroffen?	
Ursache der Stornierung?	<input type="checkbox"/> Gesundheitliche Gründe (Krankheit, Unfall, Todesfall) <input type="checkbox"/> Anderer Grund: _____

Stornogrund: Gesundheitliche Ursachen

Bezeichnung der Diagnose	
Wann trat die Krankheit auf?	
Wann wurde der Arzt aufgesucht?	
Ambulante Behandlung von/bis	
Stationäre Behandlung von/bis	
Arbeitsunfähigkeit von/bis	
Wann wurde der Arzt zum ersten Mal 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

5) Erklärung

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

Ort, Datum	Unterschrift (Teilnehmer 1)
------------	-----------------------------

Für eine vollständige Schadensbearbeitung fügen Sie bitte folgende Dokumente bei:

- Detaillierte Unterlagen über den Grund der Stornierung
- Ärztliche Bescheinigung (detaillierte Unterlagen inkl. medizinischer Vorgeschichte)

Bei allen mehrtägigen Busreisen wird ein sogenannter Stornoschutz angeboten: Gegen einen Aufpreis von 4 % gerundet auf den vollen Eurobetrag genießen Sie erweiterte Stornomöglichkeiten. Die genaue Höhe des Stornoschutzes finden Sie im Reiseangebot. Sie erhalten in diesem Fall die gesamten Reisekosten abzüglich des Serviceentgeltes sowie der Kosten für den Stornoschutz retourniert. Die Bedingungen finden Sie auf der Buchungsbestätigung, auf der Katalogrückseite und unserer Webseite.

1) Was inkludiert?

Nichtantritt der Reise bei unerwarteter schwerer Erkrankung / schwerer unfallbedingter Körperverletzung / Tod

2) Was ist nicht inkludiert?

Vorsätzlich oder grob fahrlässige Handlungen der versicherten Person, Streik oder behördliche Verfügung, erhebliche Beeinträchtigung durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente, wenn der Stornogrund bereits vorgelegen hat oder voraussehbar war, Stornierung der Reise aufgrund einer Epidemie/Pandemie, Bestehende sowie chronische Erkrankungen

3) Welche Verpflichtungen habe ich?

Ein Versicherungsfall ist unverzüglich (48 Stunden nach Eintritt) zu melden.

An der Feststellung des Sachverhaltes ist mitzuwirken. Insbesondere sind Auskünfte zu erteilen und Originalbelege zu überlassen.

4) Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Stornoschutz beginnt mit dem Buchungsdatum der Reise. Der Stornoschutz kann bis 3 Tage nach Buchungsdatum nachgebucht werden, dann sind nur Ereignisse versichert, die ab dem 10. Tag nach Stornoschutzbuchung eintreten.

Ärztliche Bescheinigung

Vom behandelnden Arzt bitte gut leserlich auszufüllen

Bitte nachstehende Fragen im Sinne der Erklärung des Versicherungsnehmers beantworten, sodass die Leistungspflicht aus dem Stornoschutz beurteilt werden kann.

Name der/des Patienten/in		
Name des behandelnden Arztes		
Diagnose		
Wann wurde die Diagnose erstellt?	Datum	
Bestanden zu diesem Zeitpunkt Bedenken bezüglich des Reiseantrittes?		
Wann waren erstmals Anzeichen der jetzigen Krankheit erkennbar?	Datum	
Bestand Arbeitsunfähigkeit?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Ab wann?
Stationäre Behandlung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Von/bis?
Wann wurden Sie erstmal nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt?	Datum	
Wann war erstmalig die Reiseunfähigkeit erkennbar?	Datum	
Bestand die Krankheit schon länger?	<input type="radio"/> Ja, seit _____ (Datum) <input type="radio"/> Nein	
Handelt es sich um eine chronische Erkrankung?		
Bemerkung		

<i>Ort, Datum</i>	
<i>Unterschrift</i>	
	<i>Stempel des Arztes</i>