

▶ BITTE SENDEN SIE ALLE UNTERLAGEN AN:

Europ Assistance Services GmbH
Adenauerring 9
81737 München

▶ ODER HÄNDIGEN SIE DIESE IHREM PATIENTEN AUS

Kreditkarten- oder Versicherungsnummer: Unser Aktenzeichen (falls bekannt):

1. Allgemeine Angaben: Versicherungsnehmer bzw. Kreditkarteninhaber

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Männlich	Weiblich
Straße/Nr.:	PLZ:	Ort:		

Tel.: E-Mail oder Fax:

1.1. Bitte tragen Sie alle Reisetilnehmer ein

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Verwandtschaftsverhältnis:
-------	----------	---------------	----------------------------

2.1. Angaben zur stornierten, abgebrochenen oder umgebuchten Reise

Reiseveranstalter:	Reiseziel:	Reisepreis:	Geschäftsreise
Buchung am:	Geplanter Reisebeginn:	Geplantes Reiseende:	
Stornierung am:	Reiseabbruch am:	Verspäteter Reisebeginn:	

2.2. Warum wurde die Reise storniert oder abgebrochen?

Tod	Krankheit	Unfall	Sonstiges
Anmerkungen:			

2.3. Stornierung der Reise

BITTE BEACHTEN SIE:

- ▶ Die versicherte Person ist verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalls die Reise unverzüglich zu stornieren.
- ▶ Machen Sie bitte bei Linienflugstornierungen die Rückerstattung von Steuern und Gebühren (Tax) geltend.

Bitte geben Sie an, wann das Ereignis eingetreten ist, das zur Stornierung der Reise, bzw. zum Reiseabbruch geführt hat (Datum):

Wenn die Reise nicht unverzüglich storniert wurde, geben Sie bitte die Begründung für die Verzögerung an:

2.3. Stornierung der Reise

Die Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters beträgt:	Dies entspricht	% des gebuchten Reisepreises.
--	-----------------	-------------------------------

3. Abbruch der Reise

Aufstellung der durch den Reiseabbruch zusätzlich entstandenen Rückreisekosten

Betrag:

Aufstellung/Kosten der nicht in Anspruch genommenen Leistungen:

Bei Rundreise/verlängertem Aufenthalt: eventuell angefallene Mehrkosten:

4.1. Angaben zum Versicherungsfall bzw. wer hat den Versicherungsfall ausgelöst?

Einer der Reisetilnehmer? (Name, Vorname)

Ein nicht mitreisender Angehöriger? Name, Vorname (Bitte Nachweis über das Verwandtschaftsverhältnis beifügen.)

4.2. Bei Krankheit (eigene Angaben, nicht Angaben des Arztes)

Krankheitsbezeichnung:			Wann trat die Krankheit ein?
Wann wurde der Arzt aufgesucht?	Ambulante Behandlung (von - bis)	Stationäre Behandlung (von - bis)	Arbeitsunfähigkeit (von - bis)

4.3. Bei Unfall

Unfalltag:		Unfallort:	
Unfallverursacher (wenn fremdverschuldet)			
Name:		Anschrift:	
Kurze Schilderung des Unfallhergangs:			

Art und Umfang der Verletzungen:

Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers:

Versicherungsnummer des Unfallverursachers:

5. Zahlungsdaten

Kontoinhaber:		Kreditinstitut:		Ort:
IBAN:		Swift/BIC Code bei Auslandsüberweisung:		

WICHTIGER HINWEIS

▶ Bitte reichen Sie zur Bearbeitung folgende Unterlagen ein:

Unterlagen	Als Anlage beigefügt (nur wenn zutreffend)	
▶ Versicherungsnachweis	ja	nein
▶ Kopie der Buchungsbestätigung zzgl. der Allg. Geschäftsbedingungen	ja	nein
▶ Stornokostenrechnung im Original	ja	nein
Für die jeweiligen Rücktritts- bzw. Abbruchgründe wird abhängig von Ihrem Versicherungsschutz benötigt	(nur wenn zutreffend)	
▶ Bei Krankheit, Unfall, Schwangerschaft: ausführliches Attest mit Diagnose und Behandlungsdaten	ja	nein
▶ Bei psychischen Erkrankungen: ausführliches Attest vom behandelnden Facharzt für Psychiatrie	ja	nein
▶ Bei Todesfall: Kopie der Sterbeurkunde	ja	nein
▶ Bei Kündigung: Kündigungsschreiben des Arbeitgebers mit Angabe der Gründe	ja	nein
▶ Bei Arbeitsaufnahme: Aufhebungsbescheid der Arbeitsagentur und Kopie des neuen Arbeitsvertrags	ja	nein
▶ Bei Arbeitsplatzwechsel: Bescheinigung des Arbeitgebers über den Arbeitsplatzwechsel	ja	nein
▶ Bei erheblichem Schaden am Eigentum: Nachweis, dass ein erheblicher Schaden am Eigentum entstanden ist (z.B. Polizeimeldung, Schadenmeldung des Gebäudeversicherers, u.ä.)	ja	nein
▶ Ferienwohnung: Nachweis über die Nichtweitervermietung des Objektes	ja	nein
Zusätzlich sind bei einem Reiseabbruch folgende Unterlagen einzureichen	(nur wenn zutreffend)	
▶ Originalbelege der Rückreisekosten	ja	nein
▶ Aufstellung des Reiseveranstalters bzw. Vermieters über die nicht in Anspruch genommenen Reiseleistungen und über den Zeitpunkt des Abbruchs	ja	nein
▶ Bei Krankheiten im Rahmen des Reiseabbruchs: Attest vom Arzt am Urlaubs- bzw. Unfallort beifügen	ja	nein

6. Angaben zu weiteren Versicherungen

Besteht für Sie oder für einen anderen Reisetilnehmer eine weitere Reiserücktritts- bzw. Reiseabbruchversicherung (ggfs. über eine Kreditkarte oder Automobilclub)?	ja	nein
Wenn ja, bei welchem Versicherungsunternehmen bzw. bei welcher Bank? Bitte geben Sie Versicherungs- oder Kreditkartennummer an.		
Name Versicherungsunternehmen oder Bank?	Versicherungs- oder Kreditkartennummer:	

Belehrung zur Wahrheitspflicht

Vorsätzlich falsche oder unwahre Angaben können den vollständigen Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig falsche oder unwahre Angaben eine – der Schwere Ihres Verschuldens entsprechende – Kürzung der Leistung zur Folge haben, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalls, noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich.

Ort:	Datum:	Unterschrift versicherte Person bzw. gesetzlicher Vertreter
------	--------	---



Platz für weitere Angaben

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Europ Assistance Services GmbH (Europ Assistance) ist im Auftrag Ihres Versicherers tätig. Um Ihre Gesundheitsdaten im Rahmen Ihres Leistungsfalls erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Einwilligung, um Ihre Gesundheitsdaten für die Prüfung des Leistungsfalls bei schweigepflichtigen Stellen (z. B. Ärzten) erheben zu dürfen. Wir benötigen Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten an externe Dienstleister weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungserklärungen sind für die Bearbeitung Ihres Leistungsfall es unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird eine abschließende Bearbeitung nicht möglich sein.

1. Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der personenbezogenen Daten und der Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass Europ Assistance die von mir für diesen Versicherungsfall mitgeteilten personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Leistungserbringung erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Wir benötigen zur Überprüfung der eingereichten Unterlagen Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für Ärzte und sonstige Angehörige eines Heilberufs, falls im Rahmen der Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt vor Ort sowie meinen Hausarzt bzw. sonstige in diesen Fall involvierte Ärzte und Personenversicherer in Deutschland von der ärztlichen Schweigepflicht und erlaube ihm/ ihnen, der Europ Assistance telefonische oder schriftliche Auskünfte über die Anamnese oder aktuelle Befunde zu geben.

Englische Schweigepflichtentbindung für Fälle im Ausland:

I hereby release my treating doctor on site and my family doctor from his/her medical confidentiality to inform the representative of Europ Assistance about the diagnosis or current findings.

Ich willige ein, dass die Europ Assistance – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch Europ Assistance an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Europ Assistance tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Europ Assistance führt bestimmte Aufgaben, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle.

Im Rahmen der Leistungserbringung setzen wir u.a. folgende Gesellschaften ein:

- Krankenhäuser, Kliniken und Arztpraxen
- Krankentransporteur (medizinisch Rücktransport aus dem Ausland oder Verlegung vor Ort)
- Korrespondenten zur Organisation der Leistungen und Kostenübernahme vor Ort
- Reiseveranstalter

Ich willige ein, dass Europ Assistance meine Gesundheitsdaten an die oben genannten Stellen übermittelt und, dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie Europ Assistance dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Europ Assistance und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

4. Ermächtigung zur Kommunikation mit weiteren Personen.

Ich ermächtige Europ Assistance mit folgenden Personen über meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zu dem vorgenannten Versicherungsfall zu kommunizieren.

▶ Bitte benennen Sie Mitreisende oder Angehörige. Anderenfalls dürfen wir keine Auskünfte zum Versicherungsfall erteilen. Informationsberechtigte Personen:

1	3
2	4

Mir ist bekannt, dass die Abgabe dieser Erklärung freiwillig ist, und ich sie ohne Angabe von Gründen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die vorstehende Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherte Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherte Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Ort:	Datum:	Unterschrift versicherte Person bzw. gesetzlicher Vertreter
------	--------	---



Erklärung für nicht ansprechbare Personen bzw. im Todesfall

Vorstehende Einwilligung erteile ich, (Vor- und Nachname)		
der/die	(Verwandtschaftsgrad)	für
Ort:	Datum:	Unterschrift versicherte Person bzw. gesetzlicher Vertreter