

Schadenmeldung für die Reisetorno-Versicherung *ski4free*



Blaguss Reisen GmbH - Richard-Strauss-Straße 32, 1230 Wien, Tel. 0800 300 303, Fax 01/610 90 222, E-Mail: office@ski4free.at

Höhe der Versicherungsleistung sind EUR 24,- Bei Fahrten im Rahmen der Aktion „Volksschulen zum Schnee beträgt die Versicherungsleistung EUR 21,- Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig und vollständig in Blockbuchstaben aus und senden Sie es an die oben angeführte Adresse.

A. Fragen zur Veranstaltung (von der Schule auszufüllen)

Zielskigebiet _____ Datum *ski4free* Tag _____ Referenznummer _____
Ansprechpartner für etwaige Rückfragen: _____ Datum/Unterschrift: _____
Name _____
E-Mail _____
Tel.-Nr. _____

B. Fragen an den/die Reisetilnehmer/in (von den Eltern auszufüllen)

Vor- und Zuname _____
PLZ _____ Ort _____ Straße _____
Geburtsdatum _____ Tel.-Nr. _____ E-Mail _____

Die Versicherungsleistung soll ein Reisetilnehmer/dessen Elternteil die Schule/der Lehrer auf folgendes Konto erhalten:
Kontoinhaber _____ Konto-Nr _____
BLZ _____ Bank _____

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 _____

C. Fragen an den behandelnden Arzt (vom Arzt auszufüllen, ODER Arztbestätigung beilegen)

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,
wegen der Erkrankung bzw. des Unfalls Ihres Patienten werden bei uns im Rahmen der Reisetorno-Versicherung Ansprüche geltend gemacht. Im Interesse einer bedingungsgemäßen Bearbeitung des Versicherungsfalles bitten wir Sie um Beantwortung der untenstehenden Fragen.
Vielen Dank für Ihre Bemühungen. Europäische Reiseversicherung AG

Ärztliche Bescheinigung

Name des Patienten _____ Geburtsdatum _____
PLZ _____ Ort _____ Straße _____

1. Genaue Diagnose (bitte leserlich):

Verordnete Therapie:

War der Patient aufgrund der gestellten Diagnose in stationärer Behandlung?

Nein Ja – Krankenhaus/Klinik: _____ von _____ bis _____

2. Wann erkrankte der Patient / Wann ist der Unfall eingetreten? Datum _____

3. Ist diese Erkrankung/Unfallfolge medizinisch als schwer zu betrachten (d.h. gleichzustellen mit zwingender Reiseunfähigkeit)?

Nein Ja Wann war erstmalig die Reiseunfähigkeit erkennbar? Datum _____

4. Handelt es sich um eine Erkrankung, die seit längerer Zeit besteht? Nein Ja – seit wann: _____

5. Wurden Sie vor Reisebuchung vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise gefragt? Nein Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben zum oben genannten Patienten. Ich verpflichte mich zur mündlichen Auskunftserteilung zu gegenständlichen Attestangaben gegenüber den Vertrauensärzten des Versicherers. Der Versicherer behält sich vor, unwahre Angaben gemäß §146 Strafgesetzbuch rechtlich zu verfolgen.

WICHTIG:

Dieses Formular muss vollständig und korrekt ausgefüllt umgehend nach der Fahrt eingesandt werden (innerhalb von 2 Wochen). Formulare, welche später einlangen können leider nicht bearbeitet werden.

Datum, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes