

Coverwise Reiseversicherung
c/o AXA Assistance Deutschland GmbH
Große Scharnstraße 36
15230 Frankfurt (Oder)
Tel: +49 (0) 89 380 353 30
Fax: +49 (0) 89 500 703 96
cc.claims@axa-assistance.de



Bitte beantworten Sie alle Fragen im Teil 1 dieser Schadensanzeige. Teil 2 muss vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden, um zu bestätigen, dass Sie Ihre Reise stornieren bzw. abbrechen müssen. Zudem ist AXA Assistance autorisiert, diese für den Schadensfall benötigten Informationen zu speichern. Falls Sie AXA Assistance den Schaden bereits gemeldet haben, geben Sie bitte das Aktenzeichen an.

Aktenzeichen: _____

Teil 1 - Persönliche Angaben - Erforderlich für alle Schadensmeldungen

Angaben des Antragstellers:	Für eine evtl. Erstattung benötigen wir:
Nachname:	Name der Bank:
Vorname:	Kontonummer:
Geburtsdatum:	Bankleitzahl:
Straße:	Kontoinhaber:
PLZ und Ort:	IBAN - Nummer:
Telefon tagsüber:	BIC-Code:
Email Adresse:	

Informationen zur Reise	Art und Höhe der Erstattung	
Reisebuchungsdatum:	Versicherungsleistung:	zu erstattender Betrag
Versicherung gebucht am:	Reiserücktritt bzw. Reiseabbruch	
Reisebeginn:		
Reiseende:		

- a. Ich/wir bestätige/n, dass alle Informationen und Dokumente, die im Zusammenhang mit dieser Schadensmeldung stehen, der Wahrheit entsprechen und nach bestem Wissen und Gewissen gegeben bzw. übermittelt wurden. Ich/wir habe/n keine Informationen zurückgehalten, die für eine Beurteilung dieser Schadensmeldung relevant sein könnten. Ich bestätige ebenfalls, dass ich verstanden habe, dass weder AXA Assistance Deutschland GmbH noch der Versicherer die Verantwortung für Zahlungen trägt, die den beteiligten Personen nicht im richtigen Verhältnis zugeordnet worden sind.
- b. Ich/wir habe/n verstanden, dass die Informationen in diesem Formular an AXA Assistance Deutschland GmbH übermittelt und von dieser im Rahmen meiner/unserer Versicherung genutzt werden. Diese Nutzung beinhaltet die Prüfung, Abwicklung und Abwendung von Betrugsversuchen und kann auch die Weitergabe von Daten an Mittelspersonen oder andere Versicherer bedeuten.
- c. Ich/wir gebe/n AXA Assistance Deutschland GmbH mein/unser Einverständnis, ggf. Regressforderungen an meine/unserere Hausratversicherung, Krankenversicherung oder andere Versicherer zu stellen.

Ich habe die obige Erklärung gelesen und verstanden (alle Personen, die Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen möchten, müssen unterzeichnen):

Name:	Unterschrift:
Name:	Unterschrift:
Name:	Unterschrift:
Name:	Unterschrift:
Name:	Unterschrift:
Name:	Unterschrift:

Grund für die Stornierung oder des Reiseabbruchs:

Krankheit Verletzung Todesfall

Bitte senden Sie uns die folgenden Unterlagen im Original, bewahren Sie jedoch Kopien auf.

a. Rechnungen der Flugbuchung (oder anderer Reisemittel)

b. Original der Reisebuchungsrechnung und Reiserücktrittsrechnung.

c. Falls der Reiserücktritt durch einen Todesfall erforderlich wurde, benötigen wir eine Kopie der Sterbeurkunde.

d. Sofern die Schadenmeldung aufgrund eines Unfalls erfolgt, benötigen wir eine vollständige Beschreibung des Unfallhergangs. Sollten Dritte an dem Vorfall beteiligt gewesen sein, benötigen wir deren persönliche Angaben (Name und Anschrift) sowie, soweit vorhanden, Abgaben zu deren Versicherung.

e. Falls der Reiserücktritt/Reiseabbruch nicht von AXA Assistance autorisiert wurde, muss die ärztliche Bescheinigung auf Seite 4, ausgefüllt und vom behandelnden Arzt unterzeichnet werden. Bitte beachten Sie, dass etwaige Kosten für die Ausstellung dieser Bestätigung nicht von uns übernommen werden können.

1. Wann wurde Ihnen bewusst, dass die Reise storniert bzw. abgebrochen werden muss?

2. Sollte die Stornierung bzw. der Reiseabbruch wegen einer Person erfolgt sein, die keine Reise gebucht hatte, geben Sie bitte deren Namen und Ihre Beziehung zu dieser Person an.

Name: Geburtsdatum:	Beziehung:
------------------------	------------

3. Im Fall eines Reiseabbruchs geben Sie bitte an, wie viele Tage Sie ursprünglich gebucht hatten und wie viele Tage Sie davon nicht in Anspruch nehmen konnten.

Ursprünglich gebuchte Tage:

Nicht in Anspruch genommene Tage:

4. Geforderter Erstattungsbetrag: €

5. Namen und Geburtsdaten aller stornierenden bzw. der abrechenden Reisetilnehmer:

6. Bitte geben Sie die Gründe für die Stornierung bzw. den Reiseabbruch an:

7. Die ärztliche Bescheinigung im Teil 2 dieses Formulars muss vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden nachdem Teil 1 vom Antragsteller ausgefüllt wurde. Da AXA Assistance eventuell weitere Informationen benötigt, ist es wichtig, dass der Antragsteller die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht unterschreibt.

Ich entbinde hiermit meinen behandelnden Arzt von der Schweigepflicht gegenüber AXA Assistance Deutschland GmbH, was diesen Schadensantrag angeht.

Unterschrift _____ Datum _____

**Teil 2 - Ärztliche Bescheinigung -
Diese Bescheinigung muss vom behandelnden Arzt des Antragstellers ausgefüllt werden.**

Wie lange ist der oben genannte Patient schon in Ihrer Behandlung?

Genauere Diagnose, inkl. ICD-Code:

Wann wurde die Diagnose gestellt?

Hat sich der Zustand des Patienten verschlechtert und wenn ja, wann?

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung der Behandlungen, Untersuchung, und eventuellen Weiterleitung an einen Facharzt, oder einer stationären Behandlung, bezüglich der oben angegebenen Erkrankung/en, insbesondere vor Reise- und Versicherungsbuchung (**Siehe Teil 1 - Informationen zur Reise**).

Hat der oben genannte Patient innerhalb der letzten 6 Monate vor Reisebeginn schon an dieser oder einer ähnlichen Erkrankung gelitten?

An welchen dieser Daten erfolgte die Behandlung wegen einer Verschlechterung der bestehenden Erkrankung?

Bitte jeweils mit Datum! Welche Medikamente wurden verschrieben?

Erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt oder an ein Krankenhaus? Wenn ja, wann?

Hat der Patient zum Zeitpunkt der Reise- oder Versicherungsbuchung unter einer Verschlechterung der Vorerkrankung gelitten? (Siehe Teil 1 - Informationen zur Reise) Falls ja, wann?

Haben Sie dem Patienten geraten nicht zu reisen und wenn ja, wann?

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes: