

SCHADENANZEIGE Nr.:/.....
wird von Oafa ausgefüllt / Oafa Kdn Nummer

Bei Fragen zur Schadenanzeige erreichen Sie uns unter der Telefonnummer 01/ 40 456 in der Zeit von Mo bis Do von 8:00 - 16:30 Uhr und am Fr von 08:00 - 13:00 Uhr.

Ich ersuche um Bearbeitung bzw. Weiterleitung und Einreichung meines Ersatzanspruches in meinem Namen bei der jeweils zuständigen Versicherung.

I. Schadensmeldung anlässlich nachstehender Reise:

Stichwort zur Reise (z.B. Amerikareise Juli)	Stichwort zum Schaden

II. Wer ist der geschädigte Reiseschutzkarteninhaber:

Bei Schäden, die mehrere Personen betreffen, bitte pro Person eine Schadenanzeige ausfüllen

01. Versicherte Person (Vor- und Zuname, Titel)		02. Beruf	
03. Geburtsdatum, Geschlecht (bitte ankreuzen)	M	W	04. Staatsangehörigkeit(en)
05. Ordentlicher Wohnsitz (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort, Land)			
06. Abweichende Korrespondenzadresse im Schadenfall			
07. Kontaktmöglichkeit tagsüber (Telefon, Handy, e-mail, Fax)			
08. Bankverbindung (Kontoinhaber - Bankinstitut, IBAN, BIC)		09. Vorsteuerabzugsberechtigung	
		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

III. Wer ist der Schadeneinreicher:

Nur ausfüllen wenn nicht identisch mit dem geschädigten Reiseschutzkarteninhaber (Erziehungsberechtigter, Firma, Makler etc.)

10. Einreicher (Vor- und Zuname, Titel, Beziehung gegenüber der versicherten Person)
11. Kontakt (Anschrift, Telefon tagsüber)

IV. Angaben zur Reise:

12. Reiseart (Individualreise/Pauschalreise, Sonstiges)				(Reisedatum von)	(Reisedatum bis)	
13. Reiseziel (Land)		(Ort)		(Hotel)		
14. Buchungsstelle (Reisebüro, Privat)				15. Reiseveranstalter/Leistungsträger (Fluglinie etc.)		
16. Hauptverkehrsmittel (bitte ankreuzen)	Flug	Bahn	Bus	Schiff	Auto	Sonstiges
17. Grund der Reise (bitte ankreuzen)	Urlaub	dienstlich	Fortbildung	Kur	med. Behandlung	Sonstiges
18. Name(n) der Mitreisenden						
19. Zum Nachweis der Reise lege ich folgende Originale bei (z.B. Flugticket, Bahnkarte, Buchungsbestät., Rechnung)						

V. Anderweitige Versicherungen

Um weiterhin den OAFAs-Reiseschutz günstig anbieten zu können, bitten wir um Ihre Mithilfe. Es ist wichtig, genaue Angaben über eventuelle weitere Versicherungen zu machen. Die Weiterleitung bzw. Einreichung bei anderen Versicherungen übernehmen wir. Es entstehen Ihnen keine Kosten und kein Arbeitsaufwand. Damit kommen Sie auch Ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Schadenminimierung nach.

Ich habe folgende Versicherungen / Kreditkarten bzw. bin Mitglied bei folgenden Institutionen: (Bitte ankreuzen/ausfüllen)

ARBÖ		ÖAMTC				Alpenverein		Sonstige									
Sicherheitspass	AuslandsKV	Schutzbrief		Weltschutz													
Reiseversicherung (z.B. im Reisebüro abgeschlossen – Name der Gesellschaft, Polizzennummer)																	
Sonstige Versicherungen (z.B. Unfall-/Krankenversicherungen, Hausrat-, weitere Reisegepäckversicherungen etc. – Name der Gesellschaft, Polizzennummer)																	
Kreditkarte(n)	Kartennummer										Reise mit der Karte bezahlt?						
VISA								X	X	X	X	X	X	X	X		
Diners Club								X	X	X	X	X	X	X	X		
American Express								X	X	X	X	X	X	X	X		
MasterCard								X	X	X	X	X	X	X	X		
								X	X	X	X	X	X	X	X		

VI. Fragen an den Versicherten:

01. Rücktrittsgrund		
02. Name der betroffenen Person		
03. Weitere mitbuchende Personen, die von der Reise zurücktreten		
Vor- und Familienname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
04. Verwandtschaftsverhältnis zur betroffenen Person		
05. Sonstige Informationen, Unterlagen, Beweismittel für den Eintritt des Schadenfalles		
06. Reisepreis	07. Buchungsdatum	08. Stornierungsdatum
09. Höhe der Stornospesen ohne Gebühren		
EURO = % des Reisepreises		

Eine Kopie der Buchungsbestätigung sowie der Stornorechnung des Reisebüros/der Airline mit Zahlungsnachweis ist beizulegen. Bei Storno aufgrund Erkrankung auch der vom Arzt ausgefüllte und unterzeichnete/gestempelte Arztbericht auf Seite 4.

VI. Erklärung:

Ich habe die vorstehenden Angaben gewissenhaft und der Wahrheit gemäß beantwortet und bin mir bewusst, dass **unwahre oder unvollständige Angaben** den Verlust des Versicherungsanspruches nach sich ziehen können, und zwar auch dann, wenn der Versicherer und / oder die Ärzteflugambulanz dadurch keinen Nachteil gehabt haben. Dies gilt auch dann, wenn die Ausführung dieser Schadenanzeige mit Hilfe Dritter erfolgt. Der Versicherer behält sich vor, unwahre Angaben gemäß § 146 StGB rechtlich zu verfolgen. Ich entbinde den/die behandelnden Arzt/Ärzte mit meiner Unterschrift von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort / Datum

Unterschrift

Betrifft: Ärztlicher Bericht

Bei Fragen zur Schadenanzeige erreichen Sie uns unter der Telefonnummer 01/ 40 456 in der Zeit von Mo bis Do von 8:00 - 16:30 Uhr und am Fr von 08:00 - 13:00 Uhr.

Bitte vom Antragsteller auszufüllen	
Versicherte Person	Die Reise wurde gebucht am Tag/Monat/Jahr
Name der betroffenen Person	Die Stornoversicherung wurde einbezahlt am Tag/Monat/Jahr

Fragen an den behandelnden Arzt: (Vom Arzt auszufüllen, Zutreffendes bitte ankreuzen)

Der Versicherte ist bedingungsgemäß verpflichtet, Sie von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Wir bitten einen Auszug der Krankenkartei, ggf. eine Kopie der Krankmeldung, bei stationärem Aufenthalt den Krankenhausbericht inkl. Anamnese bzw. bei Schwangerschaft eine Kopie des Mutter-Kind-Passes beizulegen.

01. Name des Patienten / Geburtsdatum	
02. Genaue Diagnose (bitte lesbar ausfüllen)	
03. Seit wann besteht diese Krankheit/Komplikation: (Bei Schwangerschaft OHNE Komplikation bitte nur angeben, wann genau diese das erste Mal festgestellt wurde. Der Rest der Fragen entfällt.)	
04. Krankmeldung bei der Sozialversicherung?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
05. Stationäre Krankenhausbehandlung?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
06. Ist die Krankheit plötzlich aufgetreten?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
07. Seit wann ist der Patient wegen dieser Krankheit in Behandlung?	Datum.....
08. Handelt es sich um eine Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
09. Müssen Sie auf Grund der Erkrankung von der Reise abraten?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
10. Wenn JA, wann stand die Reiseverhinderung fest?	Datum.....
11. Wurden Sie vom Patienten vor der Buchung gefragt, ob eine Reise möglich ist?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
12. Wenn JA, haben Sie die Reisefähigkeit vor der Buchung bestätigt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
12. War der Patient bei Reisebuchung aus med. Sicht als reisefähig zu betrachten?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
13. Sonstige Bemerkungen?	

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

Ort / Datum Stempel / Unterschrift