

# Schadenmeldung Reiseannulation und -Abbruch

Vaudoise Allgemeine,  
Versicherungs-Gesellschaft AG  
Place de Milan, PF 120, CH-1001 Lausanne  
T 0800 811 911, F 021 618 85 16  
assistance@vaudoise.ch

Leider haben Sie Ihre Reise annullieren oder vorzeitig abbrechen müssen. Damit wir Ihren Schadenfall rasch bearbeiten können, bitten wir Sie, uns dieses Formular vollständig sowie gut leserlich auszufüllen und alle notwendigen Dokumente beizulegen.

## 1. Angaben zum Versicherungsnehmer

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Tel-Nr. privat \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Police-Nr \_\_\_\_\_

## 2. Post- oder Bankverbindung

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

## 3. Zweitversicherung

Haben Sie noch eine andere Reiseversicherung?  Ja  Nein Wenn ja, bei welchem Anbieter? \_\_\_\_\_

Police-Nr \_\_\_\_\_ Haben Sie diese über Ihren Fall informiert?  Ja  Nein

## 4. Angaben zur Reisebuchung

Datum der Buchung \_\_\_\_\_ Reisedatum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Welche Art von Reise haben Sie gebucht (mehrere Kombinationen möglich)?

Flug  Hotel  Ferienwohnung  Mietwagen  Pauschalarrangement  Anderes \_\_\_\_\_

Bei wem haben Sie die Reise gebucht?  Reiseagentur  Online-Buchungsportal  Direkt beim Veranstalter/Vermieter

Name \_\_\_\_\_ Tel.-Nr/E-mail \_\_\_\_\_

## 5. Angaben zur Reiseannullierung oder -abbruch

Gründe über Annullierung oder Abbruch?

Krankheit  Unfall  Tod  Stellenverlust  Andere \_\_\_\_\_

Zu welchem Zeitpunkt wurde die Reise annulliert oder abgebrochen? \_\_\_\_\_

Welche Personen sind von dem Ereignis betroffen? \_\_\_\_\_

Bitte präzisieren Sie in einer kurzen Zusammenfassung den Grund der Annulation oder des Reiseabbruchs

---

---

---

Bitte tragen Sie nachfolgend alle Reisetilnehmer ein, welche ebenfalls die geplante Reise storniert/abgebrochen haben

Name, Vorname	Adresse	Geburtsdatum	Verwandtschaftsgrad/Beziehung

Welche der oben genannten Personen besitzt eine andere Reiseversicherung und bei welcher Gesellschaft? Deckt diese Versicherung ebenfalls Ihren Anteil?

---

---

---

Welcher Schaden ist Ihnen auf Grund der Annullierung bzw. des Unterbruchs entstanden? Bitte listen Sie die geltend gemachten Kosten auf:

Datum	Leistung (annulliert/nicht beansprucht)	Gebucht bei	Betrag in CHF und Originalwahrung, falls zutreffend

### Auszufüllen bei Reiseannulation

Falls die Reise nicht unverzüglich annulliert wurde, geben Sie uns bitte die Gründe an

---

---

### Auszufüllen bei Reiseabbruch

Haben Sie vor Ort bei Krankheit/Unfall einen Arzt konsultiert?  Ja  Nein

Diagnose \_\_\_\_\_

War eine Hospitalisierung notwendig?  Ja  Nein Falls ja, ab welchem Zeitpunkt? \_\_\_\_\_

Falls Sie keinen Arzt oder Spital vor Ort konsultiert haben, geben Sie uns bitte die Gründe an

---

---

---

---

# Medizinischer Fragebogen

Dieser Fragebogen ist vom Arzt auszufüllen, wenn die Reise wegen Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft annulliert wurde

Name	Geburtsdatum
Diagnose	
Erscheinungsdatum der ersten Symptome	
Datum der ersten Behandlung	
Datum des Unfalls	
Welche Behandlung wurde verschrieben?	
War der Patient zum Zeitpunkt der Buchung reisefähig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
An welchem Datum informierte Sie der Patient über seine Reise?	
Ab welchem Zeitpunkt war der Patient nicht mehr reisefähig?	
Reiseunfähigkeit von	bis
An welchem Datum wurde der Patient über seine Reiseunfähigkeit informiert?	
War eine Hospitalisierung notwendig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, an welchen Datum?	
War eine Operation notwendig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, an welchen Datum?	
Zu welchem Zeitpunkt wurde der Patient über die Operation informiert?	
Im Falle einer Schwangerschaft, wann wurde diese festgestellt?	
Im Falle einer bereits vorhandenen Pathologie, seit wann ist der Patient in Behandlung?	
Wann war das letzte Behandlungsdatum für diese Pathologie?	
Wichtige Bemerkungen, die für den Versicherungsanspruch bedeutend sind (z.B. unerwartete Verschlechterung des Gesundheitszustandes)	
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des Arztes

Wir behalten uns vor, diese Angaben über den medizinischen Dienst der Europ Assistance zu überprüfen

## 6. Dokumentation und Beweisunterlagen

Bitte senden Sie uns die folgenden Dokumente zusammen mit der Schadenmeldung ein

### 6.1 Reisedokumente

- Kopie der Buchungsbestätigung
- Original der Annulationskostenrechnung (bei Buchung über Reiseagentur)
- Zahlungsbestätigung der Stornokosten
- Kopie der Online-Buchung oder E-mail, welches die Buchung bestätigt
- Bei Online-Buchungen: E-mail, welches die Annulation bestätigt
- Bei Ferienwohnungen: Kopie des Mietvertrages sowie Annulationsbestätigung seitens des Vermieters mit der genauen Angabe des nicht mehr zurückerstattbaren Mietpreises
- AVB des Reiseveranstalters

Hinweis: Falls eine oder mehrere Reisetilnehmer die Originaldokumente bereits bei ihrer Reiseversicherung eingereicht haben, genügt in diesem Falle eine Kopie dieser Unterlagen.

### 6.2 Nachweise über die Reiseannulation:

- Kopie des Arztzeugnisses
- Kopie der Sterbeurkunde
- Kopie des Entlassungsbriefes oder des neuen Arbeitsverhältnisses
- Sonstige Dokumente, welche den Nachweis stützen (Polizeirapport etc.)

### 6.3 Beweise über die versicherten Personen (bei Familienversicherungen)

- Kopien der ID-Ausweise der minderjährigen Kinder
- Kopie der Wohnsitzbestätigung bei volljährige Kinder und Lebenspartner/-in (nur kürzlich ausgestellte Dokumente)
- Nachweis des Verwandtschaftsverhältnis, falls der Familienname nicht identisch ist

Hiermit ermächtige ich Europ Assistance, meine Angaben zu überprüfen und zu bearbeiten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht und zur Abwicklung des Schadenfalles notwendig sind. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte von ihrer Schweigepflicht und erlaube Drittpersonen wie beispielsweise Reiseagenturen, Transportunternehmen etc., weitere Informationen über meine Reiseannullierung zu geben. Mir ist bekannt, dass meine Ermächtigung unabhängig von einer Leistungserbringung seitens von Europ Assistance erfolgt. Europ Assistance verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen gemäss dem Datenschutzgesetz zu behandeln.

Falls erforderlich werden Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, zur Datenbearbeitung übermittelt. Europ Assistance wird ausserdem ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche Akten Einsicht zu nehmen.

Ich erkläre, alle Angaben nach bestem Wissen und wahrheitsgetreu gemacht zu haben. Mir ist bewusst, dass Europ Assistance von der Leistungspflicht befreit ist, wenn ich als versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arglistig über Umstände zu täuschen versuche, die für den Grund oder die Höhe der Leistungen von Bedeutung sind.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_