

Blaguss Touristik GmbH, zH action4school

Richard-Strauss-Straße 32, 1230 Wien, Tel. +43 (0)50 655-1230, Fax +43 (0)50 655-1235, E-Mail: office@action4school.at

Einzusenden innerhalb von 2 Wochen nach der Fahrt; genereller Einsendeschluss ist der 30.04.2019 (Eingang bei Blaguss Touristik)

Zur Prüfung Ihrer Ansprüche benötigen und verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Vertragserfüllung (Art. 6 Abs. 1 b DSGVO) und soweit erforderlich auch Ihre Gesundheitsdaten (§ 11a - d VersVG). Nähere Information zu unserer Datenverarbeitung unter europaeische.at/datenschutz

**A. Fragen zur Veranstaltung (von der Schule auszufüllen)**Zielskigebiet \_\_\_\_\_ Datum *action4school*/Tag \_\_\_\_\_ Referenznummer \_\_\_\_\_

Höhe der Versicherungsleistung sind € 24.-. Gebühren für die Ausstellung der ärztlichen Bestätigung werden nicht ersetzt.

Ansprechpartner für etwaige Rückfragen:

Stempel/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 \_\_\_\_\_

Name der Schule \_\_\_\_\_

Die Versicherungsleistung soll  ein Reisetilnehmer/dessen Elternteil  die Schule/der Lehrer

auf folgendes Konto erhalten:

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ SWIFT/BIC \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben, entbinde meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme der Verwendung meiner personenbezogenen Daten sowie insbesondere auch meiner nachfolgenden Gesundheitsdaten zur Prüfung meiner Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag zu. Das Informationsblatt zur Datenverarbeitung (europaeische.at/datenschutz) habe ich zur Kenntnis genommen.

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 Versicherungsabschluss/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