

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 30.04.2020 (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