

Schadensformular Storno

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

BLAGUSS
www.action4school.at

action4school
Stik4school

Europäische
Reiseversicherung 

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

Bitte füllen Sie das Formular vollständig in Blockbuchstaben aus und schicken Sie es uns per Post, Fax oder E-Mail zu. Wenn Sie eine **action4school Mehrtagesfahrt** abgeschlossen haben, beantworten Sie bitte alle Fragen mit Bezug auf Reise entsprechend für action4school Mehrtagesfahrten.

Polizzennr.: SGR05

Schaden-Nr.: _____

(wird von der Europäischen vergeben!)

A. Informationen zur Reise (wird von action4school ausgefüllt)

Buchungsstelle (z.B. Reisebüro) Blaguss Touristik GmbH Reiseziel _____

gebucht am _____ Reisebeginn _____ Reiseende _____

Zweck der Reise Schulveranstaltung sonstiges _____

Wann wurde storniert umgebucht abgebrochen _____

Reisepreis € _____ Besteht eine inkl. Stornovers. über den Veranstalter? Nein Ja

Stornokosten € _____ das sind _____ % des Reisepreises.

Ansprechpartner für etwaige Rückfragen:

Stempel/Unterschrift Buchungsstelle (z.B. Reisebüro):

Name action4school Team

Telefon +42 (0) 50 655 - 1230 Datum _____

Hinweis: Bitte legen Sie die Buchungsbestätigung und die Stornorechnung bei.

B. Informationen zum Reiseteilnehmer

Herr Frau Vorname _____ Nachname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____ Land _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____ E-Mail _____

Name und Adresse der Schule

Warum wurde storniert/umgebucht/abgebrochen? Krankheit Unfall Tod Schwangerschaft

Sonstiges: _____

Hinweis: Bei Erkrankung/Unfall/Schwangerschaft lassen Sie bei Storno/Umbuchung bitte das ärztliche Attest auf der Folgeseite ausstellen – bei Abbruch ein Attest des Arztes vor Ort; bei anderen Gründen den entsprechenden Beleg (z.B. Sterbeurkunde)

Name der betroffenen Person _____

Bei nicht mitreisenden Familienangehörigen: Wie verwandt mit den Reiseteilnehmern? _____

Hinweis: Bitte legen Sie einen Verwandtschaftsnachweis bei (z.B. Geburtsurkunde, Heiratsurkunde).

Wann ist das Ereignis eingetreten, das zu Stornierung/Umbuchung/Abbruch führte? _____

Spitalsaufenthalt Nein Ja – von _____ bis _____

Krankmeldung bei der Sozialversicherung Nein Ja – von _____ bis _____

Besitzen Sie eine **weitere Stornoversicherung?** Nein Ja – welche?

Versicherer: _____ Polizzen-Nr. _____

Zahlung der Versicherungsleistung an einen Reiseteilnehmer die Buchungsstelle (z.B. Reisebüro)

auf folgendes Konto: 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 _____