

URSACHE DER STORNIERUNG / UNTERBRECHUNG DER REISE / VERZÖGERTEN ABREISE

Person deren Krankheit / Unfall / Tod die verzögerte Abreise / die frühzeitige Rückreise verursacht hat:

Name

Vorname Geburtsdatum / /

Ortschaft Postleitzahl -

Straße un Hausnummer

Beruf

	Telefon	Fax	GSM
privat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
beruflich	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

e-mail

Welches ist die Ursache der Stornierung, der verzögerten Abreise, der frühzeitigen Rückreise?

Krankheit: Bitte fügen Sie das anliegende medizinische Gutachten bei!

Unfall: Bitte fügen Sie das anliegende medizinische Gutachten bei!

Ort

Datum: / /

Verletzungen:

Genauere Beschreibung der Umstände:

.....

Verantwortliche Drittperson? ja nein

Name des Verantwortlichen

Vorname des Verantwortlichen

Localité Postleitzahl -

Straße und Hausnummer

Name der Versicherung

Policennummer

Todesfall

Andere Ursachen

.....

PERSONEN DIE DIE REISE STORNIEREN ODER UNTERBRECHEN MUSSTEN

Name et Vorname

Verwandschaftsgrad zu der Person durch die eine Krankheit, Unfall
oder der Tod zur Stornierung der Reise geführt hat:

1)
2)
3)
4)
5)
6)

Ich erkläre hiermit, vorstehende Angaben wahrheitsgemäss und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des Versicherten mit dem Vermerk
"gelesen und für richtig befunden"

DIESER ANZEIGE UNVERZÜGLICH BEIZUFÜGEN SIND:

- LUXAIR Reisevertrag
- Beleg der LUXAIR Reservierung
- Rechnung der Stornierungskosten
- Rechnung der Reiseagentur
- Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit: medizinisches Gutachten
- Im Todesfall: Todesurkunde
- Andere Ursachen: offizielle, der Anfrage rechtfertigende Dokumente

MEDIZINISCHES GUTACHTEN (VON IHREM BEHANDELNDEN ARZT AUSZUFÜLLEN)

Luxair Reservierungsnummer: Datum der Reservierung: / /

Name des Patienten

Vorname des Patienten

Ortschaft Postleitzahl -

Straße und Hausnummer

Geburtsdatum
 / /

Datum der Untersuchung
 / /

Genaue Beschreibung der Diagnose (Art der Erkrankung / Symptome):

.....
.....
.....
.....

1. Datum der ersten Untersuchung: / /

2. Behandlung:

3. Datum der letzten Untersuchung: / / Ursache:

4. Handelt es sich dabei um eine Erkrankung an der der Patient schon seit längerem leidet? ja nein

• Wenn ja, - seit wann: / /

• Dauer der Behandlung:

• Hat die Krankheit sich verschlechtert? ja nein

5. Wäre der Patient am Tag der Reservierung reisefähig gewesen (am / /)? ja nein

6. Befand oder befindet sich der Patient in einem Krankenhaus?

• Wenn ja, vom / / bis / /

7. Wurde dem Patienten von Antritt oder Fortsetzung der Reise abgeraten? ja nein

• Wenn ja, wann? / /

• Weshalb?

Weitere Anmerkungen:

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes
mit dem Vermerk "Als aufrichtig und wahrheitsgerecht beglaubigt"

Die Kosten diese medizinischen Gutachtens gehen zu Lasten des Patienten.