Bitte sorgfältig ausfüllen und umgehend senden an
AXA Assurances Luxembourg
1, Place de l'Etoile L-1479 Luxembourg
Fax : (00352) 44 24 24-4506
claims@axa.lu

Schadensfallerklärung Reisestornierung /
LUXAIR Airline

Eine vollständige Erklärung erleichtert die Abwicklung!

Gegenstand der vorliegenden Erklärung :
☐ Stornierung der Reise

LUXAIR - Buchungs-Nr: : .....
Contrat n° : 27/0105912- TRAVEL PACKAGE

1. Versicherungsnehmer

Name und Vorname .....
Geburtsdatum : ..... / ..... / .....
Adresse : .....
Private Tel.: .....
« Email » : .....
Beruf : .....
Tel. Büro: .....

2. Erstattung mittels Überweisung

Bank : .....
IBAN – Konto - Nr. .....
BIC : .....
Kontoinhaber:

Unterschrift des Begünstigten:

☐ **Korrespondenz :** Ich wünsche sämtliche Schriftstücke per Email an oben genannte Adresse zu erhalten:

3. Reise

Reiseziel: .....
Abreisedatum : ..... / ..... / .....
Buchungsdatum : ..... / ..... / .....
Datum der Rückkehr .... / ..... / .....
Stornierungsdatum: ..... / ..... / .....

4. Facturierung

Gesamtpreis der Reise: .....€
Stornierungsgebühren: .....€
Zu erstattender Betrag: .....€
Höchstens 180€

Erstattet die Fluggesellschaft die Flughafengebühren ?
☐ Ja ☐ Teilweise ☐ Nein
Betrag: .....€

5. Grund für die Stornierung

Person, deren Erkrankung, Unfall oder Ableben zur Stornierung der Reise geführt hat:

Name und Vorname: .....
Geburtsdatum: ..... / ..... / .....
Adresse : .....
.....
Beruf: .....
Tel. Büro: .....
Tel. privat: .....
« Email »

Geben Sie bitte den Grund für die Stornierung der Reise an (bitte ankreuzen)

☐ **Krankheit :**
Wann wurde die Erkrankung festgestellt ?
Datum : ..... / ..... / .....
Wann wurde wegen der Krankheit erstmals eine medizinische Versorgung notwendig:
Datum: ..... / ..... / .....
Befindet sich die betroffene Person gegenwärtig daheim? ☐ Ja - ☐ Nein

Diagnose:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

☐ **Unfall** :
Ort: .....
Datum: ..... / ..... / .....
Verletzungen:
.....
.....
Klare Beschreibung des Unfallhergangs:
.....
.....
.....
.....
Befindet sich die betroffene Person gegenwärtig daheim? ☐ Ja - ☐ Nein

Schuld eines Dritten: ☐ Ja - ☐ Nein
Name und Vorname:
.....
Adresse :
.....
.....
Name und Anschrift des betreffenden Versicherungsunternehmens:
.....
.....
.....
Nr. seiner Police:
.....

☐ **Ableben**:
Datum des Ablebens: ..... / ..... / .....
Datum der Beisetzung: ..... / ..... / .....

☐ **Andere Gründe** (bitte angeben) :
.....
.....

6. Reiseteilnehmer, die die Reise storniert haben, verspätet abgereist oder verfrüht zurückgekehrt sind

Name und Vorname	Verwandtschaftsgrad mit der Person, deren Erkrankung, Unfall oder Ableben zur Stornierung, verspäteten Abreise oder Reiseunterbrechung geführt hat
1)	.....
2)	.....
3)	.....
4)	.....
5)	.....
6)	.....

Der (die) Unterzeichnete erklärt, alle oben aufgeführten Fragen ehrlich beantwortet zu haben. Eine beabsichtigte Unterschlagung oder irreführende Angabe von Informationen kann dazu führen, dass AXA Assurances Luxembourg von Ihren Pflichten entbunden wird.

Erstellt in ..... , am .....

Unterschrift des Versicherungsnehmers, mit vorangestelltem Kommentar „gelesen und genehmigt"

Bitte unbedingt dieser Erklärung beifügen:
- Bestätigung der Buchung
- Kopie der elektronischen Flugtickets
- Brief von LUXAIR betreffend die Erstattung

Bitte senden Sie uns schnellstmöglich:
- Bei Krankheit oder Unfall:
  Medizinischer Bericht (bitte beiliegendes Formular verwenden)
- Im Todesfall: **Sterbeurkunde**
- Sonstige Gründe: Offizielle Unterlagen, die den Antrag belegen

MEDIZINISCHER BERICHT/

Bitte durch Ihren behandelnden Arzt ausfüllen lassen

Im geschlossenen Umschlag senden an:

AXA Assurances Luxembourg
Secrétariat médical
1 Place de l'Etoike
L- 1479 Luxembourg

Luxair – Buchungs -Nr.: .....

Name und Vorname des Patienten : ..... Geburtsdatum: ..... / ..... / .....

Adresse : Datum der Untersuchung:. ..... / ..... /.....

.....

.....

Grund: ☐ Krankheit - ☐ Unfall - ☐ Schwangerschaft

1. Genaue Beschreibung der Diagnose (Art der Erkrankung und Symptome) :

   .....

   .....

2. Datum der ersten Arztbesuchs : ..... / ..... / .....

3. Behandlung: .....

   .....

4. Fachspezifische Untersuchungen? Welche? An welchen Tagen? .....

5. Art der Medikamente: .....

6. Dauer und Frequenz der Behandlung und der Medikamenteneinnahme: .....

7. Datum der letzten Untersuchung: ..... / ..... / ..... Ursache .....

8. Handelt es sich um eine Krankheit, unter der der Patient bereits länger leidet? ☐ Ja - ☐ Nein

   Falls ja, seit wann? ..... / ..... / ..... Dauer der Behandlung: .....

   - hat sich der Gesundheitszustand verschlechtert? ☐ Ja - ☐ Nein

9. Wurde dem Patienten davon abgeraten die Reise anzutreten oder weiterzuführen? ☐ Ja - ☐ Nein

   Falls ja, wann? ..... / ..... / ..... Warum? .....

10. Erfolgt daraus eine Unterbrechung der gegenwärtigen Tätigkeiten? ☐ Ja - ☐ Nein

    von ..... / ..... / ..... bis ..... / ..... / .....

11. Ist der Ausgang autorisiert ? ☐ Ja - ☐ Nein, von ..... / ..... / .....bis ..... / ..... / .....

12. Wurde oder wird der Patient ins Krankenhaus eingeliefert?☐ Ja - ☐ Nein , von ..... / ..... / ..... bis ..... / ..... / .....

13. Medizinische Anamnese : .....

    Chirurgische Anamnese: .....

14. Bei Schwangerschaft, bitte voraussichtliches Entbindungsdatum angeben: ..... / ..... / .....

15. Weitere Anmerkungen: .....

    .....

Als wahrheitsgetreu und korrekt bescheinigt, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes
Die Arztrechnung für das Ausfüllen dieses Formulars ist zu Lasten des Versicherten.

Ausgestellt in..... ....., am ..... / ..... / .....