

REISESTORNIERUNG AUS MEDIZINISCHEN GRÜNDEN ODER IM TODESFALL

1. KONTAKTDATEN DES MITGLIEDS

Name und Vorname

Geburtsdatum

CMCM Identifikationsnummer

Nr. und Straße

Postleitzahl

Ort

Land

Mobiltelefon

(für den Erhalt von der Zahlungsbenachrichtigung)

2. REISEDETAILS

Datum der Reservierung der Reise

REISEZIEL

Land

Abreisedatum

Stadt

Rückreisedatum

Gesamtpreis der Reise

€

Datum der Stornierung

Stornierungskosten

€

3. AN DER REISE TEILNEHMENDE MITGLIEDER

Anzahl der Mitglieder, die die Reise stornieren

Name und Vorname

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis
mit dem Hauptmitglied

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

4. STORNIERUNGSGRUND

a. Betroffene Person, die die Stornierung ausgelöst hat (Krankheit, Unfall, Krankenhausaufenthalt)?

Name und Vorname

Geburtsdatum

Nr. und Straße

Postleitzahl

Ort

Land

Verwandtschaftsverhältnis mit dem Hauptmitglied

Vom behandelnden Arzt auszufüllen

b. Was ist der Grund für die Stornierung?

KRANKHEIT

Detaillierte Beschreibung der Diagnose

Datum des Krankheitsbeginns

Behandlung

Falls Krankenhausaufenthalt,
an welchem Datum?

TODESFALL

Sterbedatum

Stempel des behandelnden Arztes

UNFALL

Detaillierte Beschreibung der Diagnose

Datum des Unfalls

Behandlung

Falls Krankenhausaufenthalt,
an welchem Datum?

Ausgestellt in

am

Unterschrift

Die Rechnung für den vorliegenden medizinischen Bericht geht zu Lasten des Patienten.

5. AN UNS ZU ÜBERMITTELNDE DOKUMENTE

a. Im Falle eines medizinischen Vorfalls (Krankheit, Unfall, Krankenhausaufenthalt)

- Originalrechnung der Reise- oder Stornierungskosten
- Bescheinigung über die teilweise Rückerstattung oder Ablehnung der Rückerstattung durch den Reisebüro (Reiseveranstalter, Fluggesellschaften, Hotels, ...)

b. Bei Todesfall

- Sterbeurkunde
- Originalrechnung der Reise- oder Stornierungskosten
- Bescheinigung über die teilweise Rückerstattung oder Ablehnung der Rückerstattung durch den Reisebüro (Reiseveranstalter, Fluggesellschaften, Hotels, ...)

Die Beteiligung der CMCM erfolgt ergänzend zu den Leistungen anderer Institutionen, wie Reiseveranstalter, Fluggesellschaften usw.

Im Rahmen ihrer Partnerschaft mit der Baloise Assurances Luxembourg SA ist die CMCM berechtigt, die für die Bearbeitung von Reiserücktrittsfällen erforderlichen personenbezogenen Daten weiterzugeben. Dies ist für die Verwaltung und Abwicklung der betreffenden Fälle erforderlich. Die übermittelten Daten beschränken sich strikt auf jene, die für diesen Zweck erforderlich sind, und werden nur so lange aufbewahrt, wie dies für ihre Verarbeitung notwendig ist. Jede Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe personenbezogener Daten erfolgt unter Einhaltung der „Datenschutzrichtlinie“ der CMCM.

6. BANKDATEN FÜR DIE RÜCKERSTATTUNG

Inhaber des Girokontos

BIC

IBAN Konto

7. EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, der/die Unterzeichnete

bestätige ehrenwörtlich die Richtigkeit der mitgeteilten Daten und erkläre mein Einverständnis mit deren Übermittlung durch die CMCM an die Baloise Assurances Luxembourg SA zur Bearbeitung des Falles.

Ausgestellt in

am

Unterschrift

Die Schadensmeldung ist an die CMCM, 32-34, rue de Hollerich, L-2971 Luxembourg zurückzusenden.