

LA LUXEMBOURGEOISE S.A. d'Assurances, L-2095 Luxembourg • email: luxair@lalux.lu

[illegible][illegible][illegible]

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

[illegible]

--	--	--	--	--	--

[illegible]Weiblich ☐[illegible]Männlich ☐

10

[illegible]

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

privat
beruflich

E-mail

Adresse:

--	--	--	--

KontonummerIBAN:Kontoinhaber:

☐ Versicherten ☐ Reiseagentur

☐ **Andere:**

Kontaktdetails der Person:

Unterschrift des Begünstigten

Reiseziel:

Datum der Reservierung

Datum der Stornierung

Datum der Abreise

/ /

/ /

--	--

/

--	--

/

--	--	--	--

Im Falle einer Unterbrechung der Reise oder einer verzögerten Abreise:

Datum der verzögerten AbreiseDatum der frühzeitigen Rückreise

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Gesamtreisebetrag :EUR

Rücktrittskosten:EUR

Selbstbehalt: 50 EUR pro Person

Bereits bezahlt:EUR

bezahlt am:

 /

 /

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

[illegible][illegible]

	/		/	
--	---	--	---	--

[illegible]

	-					
--	---	--	--	--	--	--

[illegible][illegible][illegible]

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

beruflich

☐ **Krankheit:** Bitte fügen Sie das anliegende ärztliche Attest bei!

☐ **Unfall:** Bitte fügen Sie das anliegende ärztliche Attest bei!

Ort:

Datum:

 /

 /

Genaue Beschreibung der Umstände:

.....

Verantwortliche Drittperson? ☐ ja ☐ nein

Name der verantwortlichen Drittperson

[illegible]

Vorname der verantwortlichen Drittperson

[illegible]

Localité

[illegible]

Postleitzahl

	-					
--	---	--	--	--	--	--

Straße und Hausnummer

[illegible]

Name der Versicherung

[illegible]

Vertragsnummer

[illegible]

☐ Todesfall

☐ **Andere Ursachen**

PERSONEN DIE DIE REISE STORNIEREN, UNTERBRECHEN ODER VERSPÄTET ABREISEN MUSSTEN

Name und Vorname	Verwandschaftsgrad zu der Person durch die eine Krankheit, Unfall oder der Tod zur Stornierung, Unterbrechung oder verspätetes Areisen 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 SCHADENANZEIGE UNVERZÜGLICH BEIZUFÜGEN SIND :

- Rechnung der Reiseagentur
- Rechnung der LUXAIR Stornierungskosten
- Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit : ärztliches Attest (gemäß Formular auf nachfolgender Seite)
- Im Todesfall : Todesurkunde
- Andere Ursachen : offizielle, der Anfrage rechtfertigende Dokumente

ÄRZTLICHES ATTEST (VON IHREM BEHANDELNDEN ARZT AUSZUFÜLLEN)

Luxair Reservierungsnummer: Datum der Reservierung: / /

Name des Patienten

[illegible]

Vorname des Patienten

[illegible]

Ortschaft

[illegible]

Postleitzahl

	-					
--	---	--	--	--	--	--

Straße und Hausnummer

[illegible]

Geburtsdatum

	/		/	
--	---	--	---	--

Datum der ärztlichen Untersuchung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

/

--	--

/

--	--	--	--

Reise vom

 /

 /

 bis

 /

 /

1. Erlaubte es der Gesundheitszustand des Patienten zum Zeitpunkt der Konsultation, die geplante Reise durchzuführen oder fortzusetzen? ☐ ja ☐ nein

2. Handelte es sich zum Zeitpunkt der Reisebuchung um eine chronische oder bereits bestehende Krankheit? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie war der Gesundheitszustand des Patienten zu diesem Zeitpunkt?

- ☐ er erlaubte die Durchführung der Reise.
- ☐ die Durchführung der Reise war abzuraten.
- ☐ es war absehbar, dass der Gesundheitszustand am Tag der Durchführung der Reise eine medizinische Behandlung im Zusammenhang mit der Krankheit des Patienten erfordern würde welche die Reise verhindern oder unterbrechen würde.

3. Fällt die Krankheit unter eine der folgenden Situationen: ☐ ja ☐ nein

- depressive Verstimmungen und psychische oder neurologische Krankheiten, die zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht zum ersten Mal aufgetreten sind;
- Freiwilliger Schwangerschaftsabbruch, bei dem es sich nicht um einen medizinischen Notfall handelt;
- Selbstmord oder Selbstmordversuch;
- Trunkenheit oder Rausch, Einfluss von Betäubungsmitteln, halluzinogenen Substanzen, Drogen oder Beruhigungsmitteln, Medikamentenmissbrauch oder Wirkung von Medikamenten, die nicht von einem zugelassenen Arzt verschrieben wurden.

Ort und Datum

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

LALUX Assurances wird die personenbezogenen Daten des Versicherten gemäß der Datenschutzrichtlinie verarbeiten, die unter folgender Adresse abrufbar ist: <https://www.lalux.lu/de/datenschutz-1-1674823498/politik-zum-schutz-personenbezogener-daten>

Die Kosten dieses ärztlichen Attests gehen zu Lasten des Patienten.