

# STORNIERUNG EINER REISE AUS MEDIZINISCHEN GRÜNDEN ODER WEGEN TODESFALL

## 1. KONTAKTDATEN DES MITGLIEDS

Name und Vorname

Geburtsdatum

CMCM Identifikationsnummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Mobiltelefon

(für den Erhalt von Zahlungsbenachrichtigungen)

## 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. Von welcher Person geht die Stornierung aus (Krankheit, Unfall, Krankenhausaufenthalt)?

Name und Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postzeitzahl

Ort

Land

Verwandtschaftsverhältnis mit dem Hauptmitglied

## Vom behandelnden Arzt auszufüllen

### b. Was ist der Grund der 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?

Ausgefertigt 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 Reiseveranstalter (Tour Operator, Fluggesellschaften, Hotels, ...)

### b. Bei Todesfall

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

Unsere Beteiligung erfolgt ergänzend zu den Leistungen anderer Organismen, wie Reiseveranstalter, Fluggesellschaften usw.

Die CMCM überträgt außerdem personenbezogene Daten an Baloise Assurances Luxembourg SA im Rahmen der bestehenden Partnerschaft, insbesondere für die Verwaltung von Reiserrücktrittsversicherungen. Diese Datenübertragung ist für die Kostenübernahme des Reiserücktritts unerlässlich. Sie beschränkt sich auf die Gewährung der Versicherungsleistung erforderlichen Daten und ist zeitlich auf das Ende der Abwicklung beschränkt. Jegliche Erfassung oder Übertragung von Daten erfolgt im Einklang mit der „Datenschutzrichtlinie“ der CMCM.

## 6. BANKDATEN FÜR DIE RÜCKERSTATTUNG

Inhaber des Girokontos

BIC Code

IBAN Code

## 7. EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, der (die) Unterzeichnete

bestätige die Richtigkeit der übertragenen Daten und erkläre mein Einverständnis mit deren Übermittlung durch die CMCM an die Baloise Assurances SA zwecks Bearbeitung des Vorgangs.

Ausgefertigt in

am

**Unterschrift**

Schadensmeldung zu übermitteln an CMCM, 32-34, rue de Hollerich, L- 1740 Luxembourg.