

Schadenmeldeformular

Annullierung Reise-unterbrechung Code bitte nicht ausfüllenAktennummer bitte nicht ausfüllen

Tipps zum ausfüllen! Bitte das Formular in Druckbuchstaben vollständig ausfüllen, vergessen Sie dabei nicht die Rückseite. Notieren Sie auch Ihre Bankkontonummer. Schicken Sie immer eine Kopie des Versicherungsnachweises. Es kann auch die Buchungsrechnung sein, auf der die Versicherungsdaten stehen. Bei Platzmangel schicken Sie die weiteren Unterlagen mit.

Daten des Versicherten

Name und Anfangsbuchstaben der Vornamen	<input type="text"/>			Herr/Frau
Straße	<input type="text"/>		IBAN nr.	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>	Wohnort	<input type="text"/>	BIC-code
Telefon tagsüber	<input type="text"/>		Auf den Namen von	<input type="text"/>
Telefon abends	<input type="text"/>		Nationalität	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		Geboren am	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Tag - Monat - Jahr)

Fragen und Antworten

1 A Welche Versicherungszweigstelle hat den Versicherungsnachweis abgegeben?
Name
Straße
Postleitzahl Wohnort
B Teilen Sie uns die Policen-Nummer des Versicherungsnachweises mit.
(Original oder Kopie der Police mitschicken)
Policen-Nummer
C Wann haben Sie die Reise gebucht?
Datum (Tag - Monat - Jahr)

2 Wann sollten Sie verreisen bzw. für welche Periode haben Sie gemietet?
Wie viel Tage
Abreisedatum (Tag - Monat - Jahr)
Datum der Zurückkehr (Tag - Monat - Jahr)

3 Wie viel betrug die Reisesumme bzw. die Mietsumme?
Betrag € (Bitte Rechnung mitschicken)

4 A Wann haben Sie Ihren Reise-/ Mietvertrag annulliert?
Datum (Tag - Monat - Jahr)
B Wie viel Personen annullieren oder unterbrechen
Wie viel Personen
C Wie hoch ist der Schaden?
Betrag € (Rechnungen der Annullierungskosten hinzufügen)

5 Bei welchem Reiseveranstalter haben Sie die Reise gebucht?

6 A Warum wurde die Reise annulliert bzw. unterbrochen? (Wenn möglich Beweisunterlagen mitschicken)

B Name und Straße der betroffenen Person bzw. Personen
(Wenn es sich nicht um Ihre Adresse handelt)
Name
Anfangsbuchstaben der Vornamen
Geboren am
Straße
Postleitzahl Wohnort
C Sind Sie mit dem Getroffenen verwandt?
D Wer gab Ihnen den Rat, die Reise zu annullieren und wann war das?
Name
Datum (Tag - Monat - Jahr)

7 A Wer ist der behandelnde Arzt des bzw. der Patient(en)?
Name
Anfangsbuchstaben der Vornamen
Telefonnummer
Straße
Postleitzahl Wohnort



7 B Wer ist Hausarzt?

Name

Anfangsbuchstaben der Vornamen

Telefonnummer

Straße

Postleitzahl Wohnort

Im Krankheitsfall ausfüllen

8 A Welche Krankheit(en) ist bzw. sind der Grund der Annullierung?

B Seit wann leidet die getroffene Person(en) an dieser bzw. diesen Krankheit(en)? Datum (Tag - Monat - Jahr)

C Wie war der Gesundheitszustand beim Buchen der Reise oder zu Beginn des Mietvertrages der Ferienwohnung?

D Wann hat die getroffene Person(en) hierfür mit dem behandelnden Arzt Kontakt aufgenommen? Datum (Tag - Monat - Jahr)

E Wurde(n) die Krankheit(en) schlimmer, wofür er bzw. sie bei Versicherungsantritt ärztlich behandelt bzw. kontrolliert wurde? Ja Nein

F Wusste der behandelnde Arzt, dass Sie verreisen wollten? Ja Nein

Bei Unfall ausfüllen

9 A Welche Verletzung(en) haben Sie?

B Wer hat Ihrer Meinung nach Schuld an dem Unfall? (Beweisunterlagen mitschicken)

C Wann war der Unfall? (Tag - Monat - Jahr)

Bei Abbruch der Reise ausfüllen

10 A Wann haben Sie Ihre Reise abgebrochen? (Flugticket oder andere Beweisunterlagen mitschicken) (Tag - Monat - Jahr)

B Warum haben Sie Ihre Reise frühzeitig abgebrochen?

C Wenn Krankenhausaufnahme während des Urlaubs stattgefunden hat, wann war das? (Beweisunterlagen mitschicken) Zeitraum bis einschl. (Tag - Monat - Jahr)

D Wurde eine Doppel-Sicher Deckung abgeschlossen? Ja Nein

Bei Abreiseverzögerung ausfüllen

11 A Wann wollten Sie ursprünglich abreisen? (Ticket mitschicken) Datum Zeitpunkt (Stunden Minuten)

B Wann sind Sie dann wirklich abgereist? ((Beweisunterlagen mitschicken) Datum Zeitpunkt (Stunden Minuten)

Allgemein

12 Beschreiben Sie die Krankheitsbeschwerden und bzw. oder den Verlauf der Krankheit für unseren ärztlichen Berater

13 Wenn Annullierung der Reise nicht aus einen der oben genannten Gründe stattgefunden hat, nennen Sie dann bitte den Grund der Annullierung.

Die auf diesem Formular ausgefüllten und eventuell näher vorzulegenden Personenunterlagen können in der Versicherungsverwaltung der Allianz Global Assistance und in ein zentrales Informationsregister der in den Niederlanden tätigen Versicherungsgesellschaften aufgenommen werden. Für Fragen bezüglich des Reglements der Vertraulichkeit, das für unsere Registration gilt, können Sie mit der Allianz Global Assistance Kontakt aufnehmen.

Der Unterzeichner erklärt: • oben genannte Fragen und Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben und keine Besonderheiten in Bezug auf diesen Schaden verschwiegen zu haben • dabei (wenn erforderlich) die Zustimmung dem bzw. den ärztlichen Beratern der Allianz Global Assistance zu geben, wichtige Daten dem ärztlichen Berater der Allianz Global Assistance zu verschaffen, die sich auf den Grund bzw. Hintergrund im Falle einer medizinischen Behandlung, Krankenhausaufnahme und bzw. oder Repatriierung beziehen • dieses Schadensformular und die noch weiter benötigten Unterlagen der Allianz Global Assistance zukommen zu lassen, damit der Umfang des Schadens und das Recht auf Leistung festgestellt werden kann • das der Inhalt des Formulars bekannt ist • die Konditionen zu kennen, dass bei falscher bzw. unrichtiger Angabe jedes Recht auf Leistung erlischt. Durch Unterzeichnen dieses Formulars übertragen Sie die Rechte auf Erstattung auf Grund einer anderweitig laufenden Versicherung an die Allianz Global Assistance.

Datum Unterschrift