

Reiseversicherung

Schadenanzeige

Gesellschaft

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

Name/Vorname		Geb.- Datum	Zivilstand	
Firma		PC- oder IBAN		
Beruf/Betrieb		Bank/Filiale in		
Strasse		MWST-pflichtig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort		MWST-Nr.		
Tel. P.	Mobil	Sind Sie rechtsschutzversichert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tel. G.	Mobil	Wo?		
Fax	E-Mail	Ist der Fall gemeldet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Angaben zur Reise

Reiseziel:	Abreise am:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Vorgesehene Rückreise am:
	<input type="text"/>

Schadenereignis

Datum:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zeit: (0-24)	Land:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Amtl. Tatbestandsaufnahme? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Durch wen?
	<input type="text"/>

Hergang (bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt)

Sofortmassnahmen

Hatten Sie Kontakt mit der Einsatzleitzentrale der Versicherungsgesellschaft?

 Ja, am

 Nein

Mitreisende Personen

Name, Vorname/Firma:	Geb.-Datum	Adresse
a)		
b)		
c)		
d)		

Andere Versicherungen

Bestehen noch andere Versicherungen für das Schadenereignis? Nein Ja

	Gesellschaft/Policen-Nr.
<input type="checkbox"/> Schutzbrief	
<input type="checkbox"/> Voll-/Teilkasko	
<input type="checkbox"/> Annullierungskostenvers.	
<input type="checkbox"/> Unfall-/Krankenvers.	
<input type="checkbox"/> Andere	

Kosten

Art der Auslagen (Originalbelege beifügen)	Währung	Betrag	leer lassen

Beilagen

<input type="checkbox"/> Buchungsbestätigung	<input type="checkbox"/> Annullationsabrechnung	<input type="checkbox"/> Arztzeugnis/Todesanzeige
<input type="checkbox"/> Polizeirapport	<input type="checkbox"/> Unfallprotokoll	<input type="checkbox"/> Reparaturrechnung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Unterzeichnete ermächtigt die Gesellschaft zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie die Akten des UVG-Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass die Gesellschaft die für die Schadenabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers
