

## Reiseversicherung

---

Schadenanzeige

Gesellschaft

Police-Nr.

Versicherungsnehmer

---

Geb.-Datum

Name, Vorname/Firma: \_\_\_\_\_

Beruf/Betrieb: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
Geschäft Privat

Telefon: \_\_\_\_\_  
PC- oder Bankkonto Bank/Filiale in

Angaben zur Reise

---

Reiseziel: \_\_\_\_\_ Abreise am: \_\_\_\_\_

Vorgesehene \_\_\_\_\_

Rückreise am: \_\_\_\_\_

Schadenereignis

---

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Zeit: (0-24) \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Amtl. Tatbestandsaufnahme?  Nein  Ja Durch wen? \_\_\_\_\_

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) _____	_____	_____

(leer lassen) a)	(leer lassen) b)	(leer lassen) c)	(leer lassen) d)
---------------------	---------------------	---------------------	---------------------

## Andere Versicherungen

Bestehen noch andere Versicherungen für das Schadenereignis?  Ja  Nein

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