

## Schadenanzeige Reise-Rücktrittskosten-Versicherung

Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!

Versicherungsnummer/Schadennummer

### 1. Angaben zum Versicherungsnehmer

Name, Vorname		
Straße Hausnummer, PLZ Ort		
Telefonnummer privat	Mobil	E-Mail

### 2. Angaben zur Reise

Reiseveranstalter	Reisebüro/Buchungsstelle		
Buchungsdatum	Reiseziel		
Reisebeginn	Reiseende	Stornierungsdatum	Reiseabbruch

### 3. Bitte tragen Sie alle Reiseteilnehmer ein, deren Reise storniert oder abgebrochen wurde:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum

### 4. Grund der Stornierung/des Reiseabbruchs

Grund
Welche Person wurde davon betroffen? (Name, Vorname)
Ist die Person mit den Reiseteilnehmern verwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie?

#### 4.1 Bei Krankheit

Bitte schildern Sie mit eigenen Worten den Krankheitsverlauf

## 4.2 Bei Unfall

Unfalltag	Unfallort
Bitte schildern Sie mit eigenen Worten den Unfallverlauf	
Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mitverursacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Unfallbericht beifügen)	
Name und Anschrift des Schädigers	
Haftpflichtversicherung des Schädigers (Name, Anschrift, Vertrags-Nr.)	
Haben Sie dort Schadenersatz gefordert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Korrespondenz beifügen)	

## 5. Welche Kosten sind im einzelnen entstanden?

Reiseleistung (z. B. Flug, Hotel)	Buchungsdatum	Buchungskosten	Stornodatum	Stornokosten
<b>Gesamtbetrag</b>			<b>Gesamtbetrag</b>	

## 6. Zur Schadenbearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen

<input type="checkbox"/> Versicherungsnachweis	<input type="checkbox"/> Buchungsbestätigung
<input type="checkbox"/> Rücktrittskostenrechnung im Original	<input type="checkbox"/> Nachweis zum Eintritt des Versicherungsfalles (z. B. Ärztliche Bescheinigung, Sterbeurkunde)
<input type="checkbox"/> Original der Rücktrittskostenrechnung wurde vom Veranstalter nicht zur Verfügung gestellt	

## 7. Empfänger der Versicherungsleistung

Kontoinhaber Name, Vorname	
<b>DE</b>	
IBAN	BIC
Geldinstitut	Falls Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer (VN), bitte Unterschrift VN

## 8. Erklärung

<b>Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.</b>	
Ort, Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers