

Merkblatt zum Ausfüllen der Schadenanzeige - Reise-Rücktrittskosten-Versicherung -

TAS Touristik Assekuranzmakler
und Service GmbH
Emil-von-Behring-Str. 2
60439 Frankfurt am Main

Sinn einer Schadenanzeige ist, dem Schadensachbearbeiter umfassend vollständige Informationen zu erteilen, die er zur ordnungsgemäßen und schnellen Bearbeitung des Vorgangs benötigt. **Deshalb füllen Sie die anhängende Schadenanzeige bitte sorgfältig aus und fügen insbesondere auch die jeweils erforderlichen Belege bei.** Hierdurch werden aufwendige Rückfragen vermieden und Ihr Schaden kann schneller bearbeitet werden.

Unterlagen, die immer beizufügen sind:

- die Buchungsbestätigung Ihres Reiseveranstalters (oft ist dort Ihr Versicherungsschutz dokumentiert).
- Versicherungsausweis im Original (sofern nicht auf der Buchungsbestätigung der Versicherungsschutz bereits dokumentiert ist).

Bei der Reise-Rücktrittskosten-Versicherung zusätzlich

- Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters
- Bei Todesfällen: Kopie der Sterbeurkunde
Bei Krankheitsfällen: Ärztliche Bescheinigung (siehe Schadenanzeige)
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Kopie) oder eine Erklärung, weshalb keine ausgestellt wurde.
- Bei stationärer Behandlung: Aufenthaltsbescheinigung der Klinik
- Bei Kündigung: Kündigungsschreiben des Arbeitgebers, als Nachweis der betriebsbedingten Kündigung.
- Bei Neueinstellung nach Arbeitslosigkeit: Anstellungsvertrag (Kopie), und eine Bescheinigung der Bundesagentur für Arbeit (Kopie)
- Bei Schaden am Eigentum: Geeignete Nachweise über die Höhe des Schadens (Polizeiprotokoll)

Bitte die Unterlagen nicht heften oder klammern! Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Schadenanzeige

Reise-Rücktrittskosten-Versicherung

Sie haben Ihre Reise leider stornieren müssen.
Damit wir schnell und unkompliziert eine Versicherungsleistung erbringen können, brauchen wir von Ihnen einige wichtige Angaben. Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige sorgfältig aus.

TAS Touristik Assekuranzmakler
und Service GmbH
Emil-von-Behring-Str. 2
60439 Frankfurt am Main

A. Angaben zu den Reiseteilnehmern

1. Reiseteilnehmer, der diese Schadenanzeige ausfüllt bzw. unterschreibt:

Name, Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort Geburtsdatum

Beruf

Telefon mit Vorwahl (geschäftlich) Telefon mit Vorwahl (privat)

Konto-Nr. für Zahlungen Bankleitzahl

IBAN-Nr.: BIC-/SWIFT-Code
(für Auslandsüberweisungen) (für Auslandsüberweisungen)

Kontoinhaber

Name und Anschrift des Kreditinstitutes

2. Namen der Reiseteilnehmer, deren Reise ebenfalls storniert oder abgebrochen wurde:

Name, Vorname Geburtsdatum

Name, Vorname Geburtsdatum

Name, Vorname Geburtsdatum

Name, Vorname Geburtsdatum

Name, Vorname Geburtsdatum

3. Zahlung (die Versicherungsleistung soll der unter Punkt 1. genannte Reiseteilnehmer erhalten): Ja Nein

Wenn nein, geben Sie bitte hier Name und Adresse bzw. Name, Adresse, Kontonummer und Bankleitzahl des Zahlungsempfängers an:

B. Angaben zur stornierten oder abgebrochenen Reise

Reiseveranstalter

Reiseland

.
Die Reise wurde gebucht am:

.
Geplanter Reisebeginn:

.
Geplantes Reiseende:

Reiseart: Flugreise Bahnreise Ferienwohnung
 Busreise Schiffsreise PKW/Eigenanreise

C. Angaben zum Versicherungsfall

Die Versicherungsleistung ergibt sich aus den Ihnen vorliegenden Versicherungsbedingungen.

1. Warum wurde die Reise storniert oder abgebrochen ?

Bitte fügen Sie geeignete Nachweise (z.B. polizeiliche Anzeige, Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft, Meldung an die Hausratversicherung) bei.

- a) Unerwartete schwere Erkrankung Schwangerschaft Tod
 Impfunverträglichkeit Unfall: Wer hat den
Unfall verschuldet: _____
- b) Schaden am Eigentum durch: Elementarereignisse Feuer strafbare Handlungen (z.B. Einbruch)
- c) Arbeitsaufnahme nach Arbeitslosigkeit unerwartete betriebsbedingte Kündigung
- d) Wiederholung einer Prüfung

Bei Unfall: Bitte ausführliche Beschreibung des Unfallherganges. Sofern Fremdeinwirkung zum Unfall beigetragen hat, Name und Anschrift des Unfallbeteiligten, dessen Haftpflichtversicherung und die dortige Schaden- oder Versicherungscheinnummer.

Unfallbeschreibung:

2. Wer wurde direkt davon betroffen ?

Einer der Reiseteilnehmer ?

Ja Nein

Name, Vorname

Oder ein nicht mitreisender Angehöriger / eine Betreuungsperson ?

Ja Nein

Name, Vorname

Wie verwandt mit dem Reiseteilnehmer ? Lebensgefährte in gemeinsamer Wohnung ? Betreuungsperson ? Wer wurde betreut ?

Die versicherte Person ist verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles die Reise unverzüglich zu stornieren, um die Stornokosten möglichst niedrig zu halten.

3. Wann ist der Versicherungsfall eingetreten ?

Wann ist das Ereignis eingetreten, das zur Stornierung bzw. zum Abbruch geführt hat ?

.
Datum

Wann wurde die Reise storniert ? abgebrochen ?

.
Datum

Wenn nicht unverzüglich storniert wurde, bitte nachfolgend Begründung für die Verzögerung angeben:

Versichert sind die dem Reiseveranstalter (ggf. Fluglinie, Ferienhausvermieter, Hotel o.ä.) vertraglich geschuldeten Stornogebühren (ohne Telefonkosten, Visagebühren, Versicherungsprämien und sonstige Kosten).

4. Stornokosten

Die Stornokostenrechnung des Veranstalters beträgt

Anlagen:

Versicherungsnachweis im Original

Beigefügt	Beigefügt
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Buchungsbestätigung des Reiseveranstalters

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Sterbeurkunde

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

(Fachärztliches) Attest

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Kündigungsschreiben des Arbeitgebers bzw. neuer Arbeitsvertrag

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Bescheinigung der Bundesagentur für Arbeit

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Nachweis bei Schaden am Eigentum

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

Sonstige Unterlagen

Diese Schadenanzeige wurde ausgefüllt am

Datum
von

Für die Richtigkeit meiner Angaben übernehme ich die Verantwortung. Mir ist bekannt, dass ich den Versicherungsschutz verliere, wenn ich vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtige oder unvollständige Angaben mache, auch wenn diese Angaben für die Schadenfeststellung folgenlos geblieben sind.

Ort
Datum
Unterschrift Reiseteilnehmer Punkt A., Teil 1.

Ärztliche Bescheinigung Reise-Rücktrittskosten-Versicherung

TAS Touristik Assekuranzmakler
und Service GmbH
Emil-von-Behring-Str. 2
60439 Frankfurt am Main

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

bei uns werden Ansprüche in der Reise-Rücktrittskosten-Versicherung geltend gemacht. Die bei uns versicherten Personen sind gemäß Artikel 6 der Versicherungsbedingungen für Reiseversicherungen verpflichtet, die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden. Die Kosten für diese Bescheinigung sind von dem/der Versicherten zu tragen. Für Ihre Bemühungen danken wir Ihnen. Attestkosten können nicht übernommen werden.

Mit freundlichen Grüßen
TAS Touristik Assekuranzmakler und Service GmbH

Name des Patienten

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

____.____.____.____.____.____
Geburtsdatum

1. Um welche Krankheit handelte es sich? (bitte genaue Diagnose oder ICD-10-Code)

2. Wann erkrankte der Patient an dieser Krankheit ?

Wann war der Unfall ? Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt ?

____.____.____.____.____.____
Datum

3. War/ist eine stationäre Behandlung nötig ?

Ja Nein

Wenn ja,

____.____.____.____.____.____
Datum von

____.____.____.____.____.____
bis

4. Wann erfolgte die erste Behandlung dieser Krankheit ?

____.____.____.____.____.____
Datum

Bestand zu diesem Zeitpunkt uneingeschränkte Reisefähigkeit ?

Ja Nein

5. Handelt es sich um eine Erkrankung, die seit längerer Zeit besteht ?

Ja Nein

Wenn ja, seit wann ?

____.____.____.____.____.____
Datum

Ist eine gravierende Verschlechterung eingetreten ?

Ja Nein

6. Bestanden zur Zeit der Reisebuchung Bedenken gegen den Antritt der Reise ?

Ja Nein

7. Wurden Sie danach gefragt ?

Ja Nein

Wenn ja, wann ?

____.____.____.____.____.____
Datum

8. Wann war erstmals erkennbar, dass die Reise nicht angetreten werden konnte ?

____.____.____.____.____.____
Datum

9. Bemerkungen

Ort

____.____.____.____.____.____
Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes