

Schadenanzeige Reiseversicherung

Schadennummer	<input type="text"/>	Policennummer	<input type="text"/>
Versicherer	<input type="text"/>	Kontakt	<input type="text"/>

Versicherungsnehmer

Firma	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/> <input type="text"/>
		E-Mail	<input type="text"/>
		IBAN	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> MWST-pflichtig	

Angaben zur Reise

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

Schadenereignis

Datum / Zeit (0 - 24)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Amtliche Tatbestandsaufnahme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Adresse	<input type="text"/>		Durch wen? (Polizeidienststelle, Name des Polizisten, Telefon)	<input type="text"/>	
Hatten Sie Kontakt mit der Einsatzleitzentrale der Gesellschaft?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	am <input type="text"/>

Wenn ja, bitte leserliche Kopie beilegen

Hergang

Mitreisende Personen

Name, Vorname / Firma	Geburtsdatum	Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kosten

Art der Auslagen (Originalbelege beifügen)	Betrag (inkl. Währung)
B 1	
B 2	
B 3	
B 4	
B 5	
B 6	
B 7	

Andere Versicherungen

Bestehen noch andere Versicherungen für das Schadenereignis ja nein

<input type="checkbox"/> Schutzbrief	Versicherer / Policennummer	
<input type="checkbox"/> Voll-/Teilkasko	Versicherer / Policennummer	
<input type="checkbox"/> Annullierungskostenversicherung	Versicherer / Policennummer	
<input type="checkbox"/> Unfall- / Krankenversicherung	Versicherer / Policennummer	

Beilagen

- Buchungsbestätigung
 Annullationsabrechnung
 Arztzeugnis / Todesanzeige
 Polizeirapport
 Unfallprotokoll
 Reparaturrechnung

Ergänzungen:

Die unterzeichnete/n Person/en ermächtigt/ermächtigen den Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft, Daten zu bearbeiten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft kann im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer zur Bearbeitung weiterleiten.

Schadenanzeige ohne Unterschrift

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort und Datum