

Schadennummer

AGA International S.A.
Niederlassung für Deutschland
Schadenabteilung
Bahnhofstraße 16 · D - 85609 Aschheim b. München
Telefon: +49.89.6 24 24-0
Telefax: +49.89.6 24 24-222
E-Mail: ruecktrittschaden@allianz-assistance.de

Global Assistance



Schadenmeldung

Reiserücktritt- / Reiseabbruch- / Storno-Versicherung

Bitte vollständig ausfüllen!

1. Wer hat die Reise / Veranstaltung angemeldet?

Bitte geben Sie bei Doppelnamen oder mehreren Familiennamen alle Namen an!

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname(n)	Name(n)
		Straße	Nummer / Adresszusatz
		PLZ	Ort
		Arbeitsstätte	E-Mail
		Telefon privat	Telefon tagsüber

2. Angaben zur Reise / Veranstaltung:

(Reise-)Veranstalter / Leistungsträger		
Buchungsstelle / Reisebüro		
Reiseziel / Veranstaltungsort	Versicherungs-Nr. (Versicherungspolice-, Jahresversicherungs- oder Kreditkartennummer etc.)	
Buchungsdatum	Reise- / Veranstaltungsbeginn	(Reise-)Abbruch
Stornierungsdatum	Reise- / Veranstaltungsende	verspäteter (Reise-)Antritt
Gesamter Reisepreis in Euro	In welcher Höhe werden Kosten geltend gemacht? (Storno- bzw. Rückreisekosten etc. in Euro)	

3. Bitte tragen Sie alle Teilnehmer ein, deren Reise / Veranstaltung storniert, verspätet angetreten, unter- oder abgebrochen wurde:

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 1. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 2. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 3. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 4. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum

4. Warum wurde die Reise / Veranstaltung storniert, verspätet angetreten, unter- oder abgebrochen?

<input type="checkbox"/> Krankheit (siehe 4.1)	<input type="checkbox"/> Unfall (siehe 4.2)	<input type="checkbox"/> Tod
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Sonstiges Ereignis	Wann war dieses Ereignis?

Welches sonstige Ereignis?

Welche Person wurde davon betroffen?

Vorname	Name
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ist diese Person mit den (Reise-)Teilnehmern verwandt?	
Wie?	

Besteht keine Namensgleichheit mit der betroffenen Person, bitten wir um Übersendung eines entsprechenden Nachweises über das Verwandtschaftsverhältnis.

Besteht außer dem ELVIA Reiseschutz ggf. eine weitere Reiserücktritt- / Storno-Versicherung (Kreditkarte etc.)?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Versicherer / Kreditkartenbezeichnung (Bank)
-------------------------------	-----------------------------	----------------------------------------------

Bitte legen Sie als Nachweis unbedingt eine ärztliche Bescheinigung mit Angabe der Diagnose und der genauen Behandlungsdaten für die Krankheit, Unfallverletzung und Schwangerschaft bei. Falls ein solches Attest noch nicht vorliegt, geben Sie bitte den anhängenden Vordruck an den behandelnden Arzt weiter.

4.1 Bei Krankheit:

Krankheitsbezeichnung

Beschwerden / Symptome

		Wann trat die Krankheit auf?	Wann wurde der Arzt aufgesucht?
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wann wurde der Arzt erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung befragt?

Wie war seine Beurteilung?

Befand sich der Patient wegen der gleichen oder einer ähnlichen Erkrankung schon früher in ärztlicher Behandlung?

Ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.2 Bei Unfall:

Unfallort

Unfalltag

Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mitverursacht? (Falls Ja, bitte Unfallbericht / Unfallschilderung beilegen!)

Nein Ja

Vorname / Name und Anschrift des Unfallverursachers

Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name)

Versicherungsschein-Nr.

Anschrift der Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers

Haben Sie dort Schadenersatz gefordert? (Falls Ja, bitte Korrespondenz beilegen!)

Nein Ja

5. Belehrung zur Wahrheitspflicht (§ 28 VVG):

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben den Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig unwahre oder unvollständige Angaben eine – der Schwere meines Verschuldens entsprechende – Kürzung der Versicherungsleistung zur Folge haben können, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die unwahren oder unvollständigen Angaben von mir arglistig gemacht wurden.

6. Abtretungserklärung: Eventuelle Ansprüche gegen Dritte trete ich in Höhe der von AGA International S.A. gezahlten Leistungen an AGA International S.A. ab.

Bitte Name und Anschrift des berechtigten Empfängers der Versicherungsleistung angeben:

Anderer Empfänger:

wie 1. Empfänger:

Vorname

Name

Kontonummer

Bankleitzahl

Kreditinstitut

Bei Auslandsüberweisungen bitte zusätzlich angeben:

IBAN

Swift- / BIC-Code

Ort / Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!)

Zur Bearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:

- Versicherungsnachweis
- (Reise-)Buchungsbestätigung
- Rücktrittskostenrechnung, ggf. Eintrittskarten im Original
- Nachweis zum Eintritt des Versicherungsfalles (Attest, Sterbeurkunde etc.)

Als Anlage beigefügt:

- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein
- Ja Nein

Bei Reiseabbruch:

- Abrechnung des Veranstalters / Leistungsträgers über die nicht genutzten (Reise-)Leistungen
- Originalbelege der zusätzlichen Rückreisekosten, sofern versichert

Als Anlage beigefügt:

- Ja Nein
- Ja Nein

B. Krankheit / Unfall nicht reisender / teilnehmender Angehöriger

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum			

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Diagnose	ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)	
Wann trat die Krankheit auf? / Wann ereignete sich der Unfall?	<input type="text"/>	
	Datum	
Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	
	vom	
	<input type="text"/>	
	bis	
Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des / der Patienten / Patientin angezeigt war?	<input type="text"/>	
	Datum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift des Arztes	Stempel des Arztes

C. Schwangerschaft der versicherten Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vorname	Name	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Reiseziel / Veranstaltungsort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Buchungsdatum	Reise- / Veranstaltungsbeginn	Reise- / Veranstaltungsende
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Schwangerschaftswoche	Errechneter Entbindungstermin
Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise / die Teilnahme an der Veranstaltung in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Schwangerschaftswoche	
Was war der Grund für diese Beurteilung?		
<input type="text"/>		

Gab es zum o. g. Zeitpunkt Komplikationen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Um welche Komplikationen handelte es sich?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	vom	bis
Sonstige Gründe:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift des Arztes	Stempel des Arztes