

Schadenanzeige Reiserücktrittversicherung

Versicherungsnehmer	Versicherungsnummer
Versicherte Person	

An wen ist im Falle einer Schadenersatzpflicht die Entschädigung zu leisten?

Name	
Kontonummer	Bankleitzahl

Angaben zur Reise

Reisebüro	
Reiseveranstalter	
Beginn der Reise	Ende der Reise
Gebucht am	Storniert am (Originalstornorechnung anfügen)

Welche Reiseteilnehmer stornieren die Reise?

1. Reiseteilnehmer: Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort

2. Reiseteilnehmer: Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort

3. Reiseteilnehmer: Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort

4. Reiseteilnehmer: Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort

5. Reiseteilnehmer: Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Name und Anschrift der Person, die den Versicherungsfall ausgelöst hat

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Sofern es sich nicht um einen Reiseteilnehmer handelt, geben Sie bitte auch das Verwandtschaftsverhältnis an

Grund der Reisetornierung

Krankheit (bitte senden Sie uns ein ärztliches Attest über die unerwartet, akut aufgetretene Erkrankung, mit Bescheinigung der Reiseunfähigkeit, zu)

Unfall (bitte senden Sie uns ein ärztliches Attest über Art und Schwere der Verletzung, mit Bescheinigung der Reiseunfähigkeit, zu)

Schwangerschaft (Bitte senden Sie uns ein Attest des behandelnden Frauenarztes zu)

Impfunverträglichkeit (Bitte senden Sie uns ein Attest des behandelnden Arztes zu)

Tod (Bitte senden Sie uns die Sterbeurkunde in Kopie und teilen Sie uns das Verwandtschaftsverhältnis mit)

Verlust Arbeitsplatz (Bitte senden Sie uns die Kündigung und den Bewilligungsbescheid des Arbeitsamtes in Kopie)

Aufnahme Arbeit (Bitte senden Sie uns den neuen Arbeitsvertrag in Kopie zu)

Einberufung (Bitte senden Sie uns den Einberufungsbescheid in Kopie und eine Bescheinigung, dass die Behörde die Kosten nicht übernimmt)

Prüfungswiederholung (Bitte senden Sie uns einen Nachweis über den Termin der nichtbestandenen Prüfung und den Termin der Wiederholungsprüfung)

Schulwechsel (Bitte senden Sie uns eine Bescheinigung der Schule über den Schulwechsel zu)

Nichtversetzung (Bitte senden Sie uns ein Bescheinigung der Schule über die Nichtversetzung zu)

Sonstige Gründe

Sollte der Versicherungsfall (z.B. Unfall) durch eine bestimmte Person verursacht worden sein, geben Sie bitte für die Prüfung von eventuellen Regressforderungen Namen und genaue Anschrift dieser Person sowie bei Verkehrsunfällen ggf. Tagebuchnummer und Polizeidienststelle an.

Wann ist der Versicherungsfall eingetreten?

Datum

Wichtiger Hinweis / Unterschrift

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind zur wahrheitsgemäßen und vollständigen Angabe verpflichtet. Die Gesellschaft wird von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig unvollständige oder wahrheitswidrige Angaben macht oder sich einer arglistigen Täuschung schuldig macht. Bei vorsätzlich falschen Angaben tritt diese Rechtsfolge auch dann ein, wenn dadurch weder die Festlegung oder der Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung beeinflusst wird. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere Ihres Verschuldens entspricht.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers