

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

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:

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