

Schadenanzeige Annullierungskosten-Versicherung

Policen-Nr.	553048	Schaden-Nr.		(Wird von Allianz ausgefüllt)
1a. Angaben zur versicherten Person				
Name:			Vorname:	
Strasse/Nr.:			PLZ/Ort:	
Beruf:			Geburtsdatum:	
Telefon Privat:	Telefon Geschäft:	E-Mail:		
1b. Angaben zur Auszahlung der Leistungen (Wenn vorhanden, bitte Einzahlungsschein beilegen)				
Leistungsempfänger: <input type="checkbox"/> UBS-Kreditkarteninhaber <input type="checkbox"/> Reisebüro				
Bank-Konto-Nr.:		Clearing-Nr.:		
Name der Bank:		PLZ/Ort:		
Kontoinhaber (Name, Adresse):				
Postcheck-Konto-Nr.:				
Haben Sie mit der UBS-Kreditkarte bezahlt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
UBS-Kreditkarten-Nr.:		Verfalldatum:		
		/		
1c. Angaben zu weiteren Versicherungsdeckungen				
Sind Sie bei einer anderen Gesellschaft gegen Annullierungskosten versichert?			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo?			Policen-Nr.	

2. Angaben zum Annullierungsgrund				
Warum wurde die Reise annulliert?	Krankheit <input type="checkbox"/>	Unfall <input type="checkbox"/>	Tod <input type="checkbox"/>	Schwangerschaft <input type="checkbox"/>
Sonstiges Ereignis, <input type="checkbox"/> welches?				
Welche Person wurde davon betroffen?				
Ist diese Person mit den Reiseteilnehmern verwandt?			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie?				

3. Angaben zur geplanten Reise (Ihr Reisebüro wird Ihnen beim Ausfüllen dieser Seite behilflich sein)

Reiseveranstalter/Tour-Operator/Vermieter:

Reisebüro/Buchungsstelle:

Reiseziel/Destination:

Dauer der Reise: von _____ bis _____

Datum der definitiven Buchung:

Datum des Versicherungsabschlusses:

Datum der Annullierung:

Wieviele Tage vor Reiseantritt:

Bitte tragen Sie alle Reiseteilnehmer ein, die ihre Buchung annulliert haben:

1 Vorname/Name _____ Verwandtschafts-Verhältnis _____

2 Vorname/Name _____ Verwandtschafts-Verhältnis _____

3 Vorname/Name _____ Verwandtschafts-Verhältnis _____

4 Vorname/Name _____ Verwandtschafts-Verhältnis _____

Arrangementpreis Fr. _____ pro Person _____ x Anzahl Personen _____ = Total Fr. _____

Annullierungskosten Fr. _____ pro Person _____ = _____ % _____ x Anzahl Personen _____ = Total Fr. _____

4. Erklärung

Ich bestätige, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich den Anspruch auf Versicherungsleistung verlieren kann, wenn meine Angaben unwahr, unvollständig oder widersprüchlich sind, auch wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Desweiteren ist mir bekannt, dass die ELVIA zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruchs mache. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte und ihre Hilfspersonen, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Behandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar über meinen Tod hinaus. Bezüglich einer bereits früheren Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Versicherten (bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters) _____

Zur Schadenbearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopie der Versicherungsbestätigung | <input type="checkbox"/> Vertragsbedingungen des Reiseveranstalters (Tour-Operator) |
| <input type="checkbox"/> Rechnung des gebuchten Reisearrangements/ursprüngliche Buchungsbestätigung | <input type="checkbox"/> UBS-Kreditkartenrechnung bzw. Nachweis des UBS-Kreditkarteneinsatzes für Reise |
| <input type="checkbox"/> Annullierungskosten-Abrechnung | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Arztzeugnis mit Diagnose | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Todesschein/Todesanzeige | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Vertragsbedingungen des Reisevermittlers (Reisebüro) | |

Von der Allianz auszufüllen

Schaden-Nr. _____

Datum der Erledigung _____

Akzeptiert

Fr. _____

Nicht akzeptiert