

Schadensnummer

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

AGA International S.A.  
Niederlassung für Deutschland  
Schadenabteilung  
Ludmillastraße 26 · D - 81543 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		
Versicherungsschein-Nr. (nur bei Policenabschluss)	Reiseziel / Veranstaltungsort	
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	Wie?

Ist diese Person mit den (Reise-)Teilnehmern verwandt?

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

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

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

**Anderer Empfänger:** wie 1.

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:

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

#### Bei Reiseabbruch:

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

#### Als Anlage beigefügt:

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> 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)	
<b>Wann trat die Krankheit auf? / Wann ereignete sich der Unfall?</b>	<input type="text"/>	
	Datum	
<b>Stationäre Behandlung</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	
	vom	
	<input type="text"/>	
	bis	
<b>Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des / der Patienten / Patientin angezeigt war?</b>	<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"/>

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

<b>Gab es zum o. g. Zeitpunkt Komplikationen?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>Um welche Komplikationen handelte es sich?</b>	
<input type="text"/>	

<b>Stationäre Behandlung</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	vom	bis
<b>Sonstige Gründe:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift des Arztes	Stempel des Arztes

## Schweigepflichtentbindung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer Gesundheitsdaten bei den behandelnden Ärzten erheben darf, wenn diese für die Beurteilung seiner Leistungspflicht oder des Leistungsumfangs erforderlich sind und ich in die Datenerhebung eingewilligt habe. Daher gebe ich folgende Erklärung ab (bitte ankreuzen):

- Ich erkläre mich einverstanden, dass sich der Versicherer bei Rückfragen direkt an den Arzt bzw. das Krankenhaus wendet, die in diesem Schadenformular genannt sind sowie an die Aussteller der eingereichten Rechnungen. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass der Versicherer sich für Rückfragen auch an andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften, Unfallverursacher und Behörden wendet, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist. Die Mitarbeiter des Versicherers entbinde ich von Ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an die Mitarbeiter beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus und ist jederzeit widerrufbar.
- Eine Schweigepflichtentbindung gebe ich derzeit nicht ab. Statt dessen werde ich im Einzelfall schriftlich erklären, ob ich die entsprechenden Personen bzw. Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Schadensregulierung, zur Leistungskürzung oder gar Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sofern sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen dessen Leistungspflicht nicht oder nur teilweise ermitteln lässt.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!)