

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: unfall@allianz-assistance.de

Global Assistance



Schadenmeldung Reiseunfall-Versicherung

Bitte vollständig ausfüllen!

1. Angaben zu Ihrer Person:

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

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

2. Angaben zur Versicherung:

▶ Bitte reichen Sie Ihren Versicherungsschein, die Versicherungs- / Buchungsbestätigung mit Nachweis der Prämienzahlung (Quittung) und Ihre Reisebestätigung jeweils in Kopie ein!

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Buchungsstelle / Reisebüro / Veranstalter (falls vorhanden)	Versicherungsschein-Nr. (falls bekannt)
Reise- / Aufenthaltsbeginn	Reise- / Aufenthaltsende
	Versicherungsdauer (Tage)

3. Angaben zum Unfallgeschehen:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfallort	Unfallland
Unfalltag	Uhrzeit
	Uhr

Schildern Sie bitte kurz den Unfallhergang:

▶ Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.

Was wird als Unfallursache angenommen?

Welcher Stelle haben Sie den Unfall gemeldet?

▶ Bitte reichen Sie entsprechende Nachweise (z. B. Polizeiprotokoll, Bestätigung der Reiseleitung o. ä.) ein!

Polizei (Ort und Anschrift der Dienststelle, ggf. Name des Ansprechpartners)

Staatsanwaltschaft (Ort und Anschrift, ggf. Name des Ansprechpartners)

Reise- / Hotelleitung, Campingplatz-Leitung oder sonstige Stelle (Name, Ort und Anschrift, ggf. Name des Ansprechpartners)

Welche Person / welcher Zeuge hat den Unfall beobachtet oder Sie / die versicherte Person zuerst nach dem Unfall gesehen?

Herr Frau

Vorname / Name

Anschrift

12. 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.

Da die betroffene versicherte Person die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann, gebe ich als gesetzlicher Vertreter diese Erklärung ab:

Ort / Datum

Name / Anschrift des gesetzlichen Vertreters

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