

# ASSISTANCE WÄHREND REISE SCHADENMELDUNG

SEPTEMBER 2020

## WER IST VERSICHERT?

Name	Vorname
Strasse/Nr.	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail
Policennummer (optional)	

## WELCHE REISE IST BETROFFEN?

Privat oder  In meinem Beruf als

Wann wurde die Reise gebucht? . . .

Wann wurde die Reise annulliert? . . .

Was war die geplante Dauer? Von . . . bis . . .

Wohin sollte die Reise führen?

## WER IST REISETEILNEHMER?

Vorname und Nachname Verwandtschaftsverhältnis

Vorname und Nachname Verwandtschaftsverhältnis

Vorname und Nachname Verwandtschaftsverhältnis

Vorname und Nachname Verwandtschaftsverhältnis

## WAS WAREN DIE KOSTEN DER REISE?

Was war der gesamte Reisepreis? (CHF)

## HABEN SIE DIE REISE MIT EINER KREDITKARTE GEZAHLT?

Nein  Ja, Nummer . . . , Ablaufdatum . . . / . . .

## WORUM HANDELT ES SICH?

Vorzeitige Rückreise am . . .

Verspätete Rückreise am . . .

## WAS IST IHNEN PASSIERT?

Krankheit  Unfall  sonstiges

**FALLS SIE EINE KRANKHEIT HATTEN: UM WAS GEHT ES?**

Bitte beschreiben Sie den Verlauf der Krankheit:

Sind die Beschwerden plötzlich aufgetreten?

Nein, ich habe sie schon länger bemerkt                      Ja, am . . . . .

Wann sind Sie zur Ärztin / zum Arzt gegangen und zu welchem?

Ich war am . . . . . bei

Sind die Beschwerden auch schon früher aufgetreten?

Nein                      Ja, zum ersten Mal am . . . . .

Sind Sie dafür zur Ärztin / zum Arzt gegangen?

Nein                      Ja, ich war bei

**FALLS SIE EINEN UNFALL HATTEN: UM WAS GEHT ES?**

Bitte beschreiben Sie das Unfallgeschehen:

Welche Verletzung haben Sie erlitten?

Wann und wo ist der Unfall passiert?

Am . . . . . um :                      Uhr in

Sind Sie dafür zur Ärztin / zum Arzt gegangen?

Nein                      Ja, ich war am . . . . . bei

Hat eine Drittperson den Unfall verschuldet?

Nein                      Ja, Herr / Frau                      , wohnhaft in

Hat diese Person eine Haftpflichtversicherung?

Nein / unbekannt                      Ja, bei

Gibt es Zeugen zum Unfall?

Nein                      Ja, Herr / Frau                      , wohnhaft in

Wurde ein Polizeirapport erstellt?

Nein                      Ja, von Amtsstelle in

Standen Sie zum Unfallzeitpunkt unter Einfluss von Medikamenten, Alkohol oder anderen Drogen?

Nein                      Ja, folgende

## IN JEDEM FALL: HABEN SIE SONSTIGE VERSICHERUNGEN ZU REISEABBRUCH/KRANKHEIT?

Reiseversicherung bei

Unfallversicherung bei

Krankenkasse bei

Zusatzversicherung bei

## AUF WELCHES KONTO SOLLEN LEISTUNGEN AUSGEZAHLT WERDEN?

Kontoinhaber/in

IBAN

Falls Kontoinhaber/in nicht die versicherte Person ist,  
bitte die vollständige Adresse angeben

in

Mit Versand dieser Schadenmeldung bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass die AWP P&C S.A. (Schweiz) zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruchs mache und bin damit einverstanden, dass sie bei Reiseveranstaltern und -vermittlern, bei Transportunternehmen, Behörden (Polizei, Gerichte etc.), anderen Versicherungsträgern etc. sowohl Auskünfte einholt als auch Akten einsieht und befreie die Genannten von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht. Ausserdem befreie ich auch Ärzte und ihre Hilfspersonen, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Behandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Bezüglich einer bereits früheren Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind. Zudem erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Angaben im Rahmen der Schadenfallbearbeitung ggf. ganz oder teilweise an Dienstleister, die vergleichbaren Datenschutzstandards unterliegen, im Inland oder europäischen Ausland übermittelt werden können und dass die mich bzw. meinen Schadenfall betreffenden Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten, den erwähnten Dienstleistungsunternehmen zum genannten Zweck zur Bearbeitung übermittelt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass für die Erbringung der Dienstleistung meine Personendaten unter Berücksichtigung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Schweizerischen Datenschutzgesetz (DSG) bearbeitet werden und bestätige, dass ich die Informationen zum Datenschutz ([www.allianz.ch/de/service/datenschutz](http://www.allianz.ch/de/service/datenschutz)) gelesen und verstanden habe.

Ort und Datum

Bitte schicken Sie uns für eine schnelle Bearbeitung dieses Formular mit folgenden Unterlagen per E-Mail an [claims.ch@allianz.com](mailto:claims.ch@allianz.com) oder per Post an AWP P&C S.A. (Schweiz), Schadenabteilung, Postfach, 8010 Zürich:

Buchungsbestätigung(en) und Rechnung(en) der Reise

Abrechnung der Annullierungskosten

Dokumente und offizielle Atteste, die das eingetretene Ereignis dokumentieren  
(bspw. detailliertes Arzzeugnis zu Reiseunfähigkeit, Unfallmeldung, Polizeirapport, usw.)