Global Assistance

Allianz

Schadenformular

Assistance

Policen Nr.

Schaden-Nr.
(wird von Allianz Global Assistance ausgefüllt)

1. Angaben zur versicherten Person

Name

Vorname

Strasse / Nr

PLZ / Ort

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Beruf

Geburtsdatum

E-Mail

2. Angaben zur Auszahlung der Leistungen

An wen erfolgt die Auszahlung der Leistungen? ☐ Kunde ☐ Reisebüro

Bank - / Postkonto (IBAN)

Name der Bank

Kontoinhaber (Name, Adresse)

Haben Sie die Reise mit einer Kreditkarte bezahlt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte Kreditkartengesellschaft angeben

Kartennummer | | | | | | | | | | | | | | X X X X

Verfalldatum | | | | | |
m m y y

3. Angaben zu weiteren Versicherungen

Reiseversicherung	Ort	Versicherungs-Nr.
Unfallversicherung	Ort	Versicherungs-Nr.
Krankenkasse	Ort	Versicherungs-Nr.
Zusatzversicherung	Ort	Versicherungs-Nr.

4. Angaben zur Rückreise

Warum wurde die Rückreise vorzeitig / verspätet angetreten oder die Reise unterbrochen?

Welche Person wurde davon betroffen?

Ist diese Person mit den Reiseteilnehmern verwandt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Verwandschafts-Verhältnis?

How can we help?

AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Zweigniederlassung Wallisellen (Schweiz)
Hertistrasse 2, 8304 Wallisellen, Tel. +41 44 283 32 22, Fax +41 44 283 33 83
claims@allianz-assistance.ch, www.allianz-assistance.ch

5. Angaben zur ursprünglich gebuchten Reise

Art der Reise ☐ privat ☐ beruflich

Reiseveranstalter / Tour-Operator / Vermieter

Reisebüro / Buchungsstelle

Datum der definitiven Buchung

Dauer der Reise von / bis

Reiseziel / Destination

Datum des Versicherungsabschlusses

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

Reisepreis pro Person CHF × (Anzahl Personen) = (Total CHF)

Annullierungskosten pro Person CHF × (Anzahl Personen) = (Total CHF)

6. Angaben zur Krankheit

Bitte schildern Sie mit eigenen Worten den Verlauf der Krankheit

Sind die Beschwerden plötzlich aufgetreten? ☐ Ja ☐ Nein

Wann haben Sie die Beschwerden zum ersten Mal bemerkt? Datum

Wann sind Sie zum Arzt gegangen? Datum

Zu welchem Arzt sind Sie gegangen? (Name und Adresse)

Sind die Beschwerden auch schon früher aufgetreten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann zum ersten Mal? Datum

Sind Sie dafür zum Arzt gegangen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, zu welchem? (Name und Adresse)

How can we help?

AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Zweigniederlassung Wallisellen (Schweiz)
Hertistrasse 2, 8304 Wallisellen, Tel. +41 44 283 32 22, Fax +41 44 283 33 83
claims@allianz-assistance.ch, www.allianz-assistance.ch

7. Angaben zum Unfall

Wann und wo ist der Unfall passiert?

Datum Zeit Ort

Bitte schildern Sie mit eigenen Worten das Unfallgeschehen. Was ist genau passiert?

Welche Verletzungen haben Sie erlitten?

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. Ich bin damit einverstanden, wenn die Allianz Global Assistance (Schweiz) bei Reiseveranstaltern und -vermittlern, bei Transportunternehmen, Behörden (Polizei, Gerichte etc.) anderen Versicherungsträgern etc. Auskünfte einholt und Akten einsieht und befreie die Genannten von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht. Soweit mir nicht bereits bekannt, nehme ich zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden, dass die Angaben zum Zweck der Prüfung des Leistungsanspruchs ggf. ganz oder teilweise an Dienstleister, die vergleichbaren Datenschutzstandards unterliegen, im Inland oder europäischen Ausland übermittelt werden können.

Schweigepflichtentbindung

Mir ist bekannt, dass die Allianz Global Assistance (Schweiz) 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. Mir ist bekannt, dass die Allianz Global Assistance (Schweiz) im Rahmen der Schadenfallbearbeitung ggf. ganz oder teilweise auf Dienstleistungen rechtlich selbstständiger Unternehmen der Allianz Gruppe, die vergleichbaren Datenschutzstandards unterliegen, im Inland oder europäischen Ausland zurückgreift; ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich bzw. meinen Schadenfall betreffenden Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten, den erwähnten Dienstleistungsunternehmen zum genannten Zweck zur Bearbeitung übermittelt werden dürfen.

Ort, Datum **Unterschrift des Versicherten** (bei Minderjährigen des gesetzl. Vertreters)

Zur Schadenbearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:

☐ Kopie der Versicherungspolice

☐ Rechnung des gebuchten Reisearrangements / ursprüngliche Buchungsbestätigung

☐ Dokumente bzw. offizielle Atteste, die den Eintritt des Schadens belegen
(z.B. detailliertes Arztzeugnis mit Diagnose, Attest des Arbeitgebers, Polizeirapport usw.)

☐ Quittungen für unvorhergesehene Auslagen / Mehrkosten (Verpflegung ausgeschlossen)

How can we help?

AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Zweigniederlassung Wallisellen (Schweiz)
Hertistrasse 2, 8304 Wallisellen, Tel. +41 44 283 32 22, Fax +41 44 283 33 83
claims@allianz-assistance.ch, www.allianz-assistance.ch