

Anschrift des Versicherungsnehmers

SIGNAL IDUNA Gruppe
 Hauptverwaltung Dortmund
 Abt. reise-92154
 44121 Dortmund
 Telefon (02 31) 1 35 42 13 oder
 (02 31) 1 35 20 70

Versicherungsnummer/Schadennummer	Telefon privat/geschäftlich	Telefax/E-Mail
-----------------------------------	-----------------------------	----------------

Sehr geehrter Kunde,

bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und ausführlich und senden Sie die Schadenanzeige an die zuständige Leistungsabteilung (**reise-92154**) der SIGNAL IDUNA Gruppe zurück.

Schadenanzeige Reise-Rücktrittskosten-Versicherung

1 Wer hat die Reise angemeldet?

Name, Vorname		
Straße, PLZ Ort		
Arbeitsstelle	Telefon privat	Telefon geschäftlich

2 Angaben zur Reise

Reiseveranstalter	Reisebüro/Buchungsstelle		
Versicherungsschein-Nr.:			
Buchungsdatum	Reiseziel		
Reisebeginn	Reiseende	Stornierungsdatum	Reiseabbruch

3 Bitte tragen Sie alle Reiseteilnehmer ein, deren Reise storniert oder abgebrochen wurde:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum

4 Grund der Stornierung/des Reiseabbruchs

<input type="checkbox"/> Krankheit (siehe 4.1) <input type="checkbox"/> Unfall (siehe 4.2) <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> Schwangerschaft	
Sonstiges Ereignis (bitte erläutern)	Wann
Welche Person wurde davon betroffen? (Name, Vorname)	
Ist die Person mit den Reiseteilnehmern verwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie?	
Bitte legen Sie als Nachweis unbedingt bei: Eine ärztliche Bescheinigung mit Angabe der Diagnose und der genauen Behandlungsdaten für die Krankheit, Unfallverletzung und Schwangerschaft. Falls ein solches Attest noch nicht vorliegt, geben Sie bitte den anhängenden Vor- druck an den behandelnden Arzt weiter.	

4.1 Bei Krankheit

Krankheitsbezeichnung			
Wann trat die Krankheit auf?	Datum	Wann wurde der Arzt aufgesucht?	Datum
Ambulante Behandlung	vom	bis	
Stationäre Behandlung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	vom	bis	
Arbeitsunfähigkeit	vom	bis	
Wann wurde der Arzt erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise befragt?	Genaueres Datum	Wie war seine Beurteilung?	
Befand sich der Patient wegen der gleichen oder einer ähnlichen Erkrankung schon früher in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	ambulant vom	bis	
	stationär vom	bis	

4.2 Bei Unfall

Unfalltag	Unfallort
Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mitverursacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Unfallbericht beifügen)	
Name und Anschrift des Schädigers	
Haftpflichtversicherung des Schädigers (Name, Anschrift, Vertrags-Nr.)	
Haben Sie dort Schadenersatz gefordert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Korrespondenz beifügen)	

5 Erklärung

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Bitte Name und Anschrift des berechtigten Empfängers der Versicherungsleistung angeben:

Reiseveranstalter	Reisebüro
-------------------	-----------

--

Ort, Datum

--

Unterschrift des Reiseanmelders

Zur Schadenbearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:	Als Anlage beigefügt:
- Versicherungsnachweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Reise-Buchungsbestätigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Rücktrittskostenrechnung im Original	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Nachweis zum Eintritt des Versicherungsfalls (Attest, Sterbeurkunde etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein