

## SCHADENANZEIGE – REISEVERSICHERUNG

<input type="checkbox"/> Reiseannullierung vor Abreise	<input type="checkbox"/> Reiseunterbruch
<input type="checkbox"/> Reisezwischenfall	<input type="checkbox"/> Flugverspätung
Policen nummer	Firma

1. Angaben zur versicherten Person	
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Tel. Mobil	Tel.
E-mail	Geburtsdatum

2. Angaben zur Auszahlung - Kontoinhaber erforderlich -	
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Bank	PLZ/Ort
<b>IBAN</b>	
SWIFT/BIC	Konto N° (wenn kein IBAN)

3. Angaben der mitreisenden	
Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Beziehung

Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Beziehung

Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Beziehung

Name	Vorname
Adresse	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Beziehung

4. Angaben des Schadenfalls	
Grund der Annullierung / des Unterbruchs	
<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> Sonstiges Ereignis, welches?	
Name und Vorname der betroffenen Person	
Geburtsdatum	Beziehung

### 5. Angaben zur geplanten Reise / zum geplanten Aufenthalt

Reiseveranstalter/Buchungsstelle

Reiseziel

Geplante Reisedaten vom bis

Buchungsdatum

Annullierungsdatum

Reisegesamtpreis

Annullierungskosten/Mehrkosten

### 6. Angaben zu weiteren Versicherungsdeckungen

Sind Sie bei einer anderen Versicherung für solche Schadenfälle versichert? Ja  Nein

Wenn Ja Name und Adresse

Haben Sie den Schaden schon angemeldet? Ja  Nein  Datum

Wurden schon Leistungen erbracht? Ja  Nein  Umfang

Entschädigungsvereinbarung oder Ablehnung beilegen

### 7. Zur Schadenbearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen

Rechnung der ursprünglichen Reisereservation

Allgemeine Annullierungsbedingungen der Reisegesellschaft

Nicht verwendete Tickets oder Reisegutscheine

Annullationsrechnung/Annullierungsbestätigung des Reiseunternehmens

Ärztliche Bescheinigung

Totenschein (im Todesfall)

Dokumentation zum Nachweis von Verspätungen

8. Erklärung: Ich bestätige, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. 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 ermächtige TSM VERSICHERUNGEN / ASSISTANCE dazu, nötigenfalls Auskünfte zur Schadenregulierung bei Dritten (Reisebüro, Versicherungsgesellschaft, usw.) einzuholen und Angaben an solche Institutionen weiterzuleiten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Bitte senden Sie dieses Formular an folgende Adresse: [claims@tsm-assistance.com](mailto:claims@tsm-assistance.com)