libertycard

Allianz Assistance

Schadenformular Annullierung vor der Abreise

☐ LibertyCard ☐ LibertyCard Plus

Schaden-Nr. (Wird von Allianz 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

Bankkonto (IBAN)

Name der Bank

PLZ/Ort

Kontoinhaber (Name, Adresse)

Postkonto (IBAN)

Haben Sie die Reise mit einer anderen als der oben genannten Kreditkarte bezahlt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte Kredikartengesellschaft angeben

Kartennummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ X X X X Verfalldatum ☐☐ ☐☐

3. Angaben zu weiteren Versicherungsdeckungen

Sind Sie bei einer anderen Gesellschaft gegen Annullierungskosten versichert? ☐ Ja ☐ Nein

Gesellschaft

Agentur

Policen-Nr.

4. Angaben zum Annullierungsgrund

Warum wurde die Reise annulliert? ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Schwangerschaft ☐ Tod ☐ Sonstiges Ereignis, welches?

Welche Person wurde davon betroffen?

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

Wenn ja, Verwandschafts-Verhältnis?

AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Zweigniederlassung Wallisellen (Schweiz)
Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen, Tel. +41 44 283 38 30, Fax +41 44 283 33 83
claims.ch@allianz.com, www.allianz-travel.ch

5. Angaben zur geplanten Reise

Reiseveranstalter/Tour-Operator/Vermieter

Reisebüro/Buchungsstelle

Datum der definitiven Buchung

Dauer der Reise von/bis ☐ privat ☐ beruflich

Reiseziel/Destination

Datum des Versicherungsabschlusses

Datum der Annullierung

Wieviele Tage vor Reiseantritt

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 x (Anzahl Personen) = (Total CHF)

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

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 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 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. Des Weiteren entbinde ich die Vertrauensärzte der Allianz Assistance (Schweiz) von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Mitarbeitern von Allianz Assistance (Schweiz), welche mit der Bearbeitung des angemeldeten Schadenfalls befasst sind. Mir ist bekannt, dass die Allianz 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:

☐ Annullierungskosten-Abrechnung

☐ 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.)

☐ Vertragsbedingungen des Reisevermittlers/Reiseveranstalters

AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Zweigniederlassung Wallisellen (Schweiz)
Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen, Tel. +41 44 283 38 30, Fax +41 44 283 33 83
claims.ch@allianz.com, www.allianz-travel.ch

libertycard

Allianz Assistance

Arztbericht Annullierung vor der Abreise

☐ LibertyCard ☐ LibertyCard Plus

Schaden-Nr. (Wird von Allianz Assistance ausgefüllt)

1. a) Anamnese mit Datum der ersten Arztkonsultation (bei Schwangerschaft Datum der Feststellung)

b) Diagnosen, welche die Reiseunfähigkeit begründen mit Datum der Diagnose-Stellung (bei Schwangerschaft voraussichtlicher Geburtstermin angeben)

c) An welchem Datum informierte Sie der Patient über die Reise?

d) An welchem Datum wurde der Patient über seine Reiseunfähigkeit informiert?

e) Bestand zum Zeitpunkt der Buchung REISEFÄHIGKEIT? ☐ Ja ☐ Nein

2. a) Wurden Medikamente verschrieben? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

b) Wurden weitere Behandlungen oder Nachkontrollen angeordnet? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte Daten angeben

c) Erfolgte eine Operation? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Datum der Operation Datum der Terminfestlegung

War es ein Wahleingriff? ☐ Ja ☐ Nein

d) Andere Therapien/Massnahmen?

3. a) War ein Spital-/Klinikaufenthalt erforderlich? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wo? von bis

b) War der Patient arbeitsunfähig? % ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, von/bis/wenn nein, Begründung

4. Krankheit oder Unfall nicht mitreisender Personen

Beziehung zur versicherten Person Geburtsdatum

Wann trat die Krankheit auf (bei Unfall, bitte Unfalldatum angeben)? Diagnose

Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der versicherten Person im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des Patienten notwendig war?

Ort, Datum Unterschrift und Stempel des Arztes

AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Zweigniederlassung Wallisellen (Schweiz)
Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen, Tel. +41 44 283 38 30, Fax +41 44 283 33 83
claims.ch@allianz.com, www.allianz-travel.ch