

# Schadenmeldung

## SOS-Versicherung während der Reise – Unfall

Um feststellen zu können, ob eine Versicherungsleistung zu erbringen ist, brauchen wir einige wichtige Angaben. Bitte füllen Sie diese Schadenanzeige sorgfältig aus und legen Sie, soweit zutreffend, folgende Unterlagen bei:

- Arztzeugnis
- Buchungsbestätigung des Reiseveranstalters/Leistungserbringers
- detaillierte Aufstellung der Auslagen bzw. Forderungen
- nicht rückerstattbare Reisedokumente
- Originalquittungen
- Reiseleiterrapport
- Versicherungspolice oder -ausweis (Kopie)

Wenn Sie eine Frage unvollständig oder nicht beantworten können, erklären Sie bitte warum.

### Fragen zum Versicherungsnehmer (anspruchsberechtigte Person)

Name: \_\_\_\_\_

Vornamen: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse/Haus-Nr. : \_\_\_\_\_

PLZ /Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber erreichbar): \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Bankkonto-Nr. (IBAN): \_\_\_\_\_

Name und Adresse der Bank (Clearing): \_\_\_\_\_

Postkonto-Nr.: \_\_\_\_\_

### Fragen zum Schadenverursacher (wenn nicht identisch mit Versicherungsnehmer)

Name: \_\_\_\_\_

Vornamen: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

In welcher Beziehung zum Versicherungsnehmer? \_\_\_\_\_

1. Ist der Schadenverursacher selbst gereist?  ja  nein

2. Wenn ja, wie hat er die Rückreise angetreten? \_\_\_\_\_

### Fragen zur Versicherung

3. Datum des Versicherungsabschlusses bzw. der Einzahlung der Prämie: \_\_\_\_\_

4. Durch wen wurde die Versicherung vermittelt/abgeschlossen? \_\_\_\_\_

5. Versicherungspolice/-ausweis Nr: \_\_\_\_\_

6. Bestehen für dieses Ereignis noch andere Versicherungen?  ja  nein

7. Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

8. Wurde von anderer Seite bereits eine Entschädigung geleistet oder beantragt?  ja  nein

9. Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

**Fragen zur  abgebrochenen  unterbrochenen  verlängerten Reise**

10. Datum des Buchungsauftrages:

11. Reiseveranstalter:

12. Datum der Extrarückreise/temporären Rückkehr an den Wohnort:

13. Datum der ursprünglich geplanten Rückreise:

14. Wurde unsere Alarmzentrale kontaktiert?  ja  nein

15. Wenn nein, bitte Begründung angeben:

**Fragen zum Unfall**

16. Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfallzeit: \_\_\_\_\_

17. Unfallort: \_\_\_\_\_

18. Genaue Beschreibung der Verletzung:

19. Stand die verletzte Person unter Alkohol-, Medikamenten- oder Drogeneinfluss?  ja  nein

20. Wurde ein Arzt beigezogen?  ja  nein

21. Wenn ja, wann zum 1. Mal? \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

22. Name und Adresse des behandelnden Arztes:

23. Wann hat der Arzt zum Reiseabbruch geraten? \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

24. Wer hat den Unfall verschuldet? Name und Adresse:

25. Versicherung des Schadenverursachers:

26. Welches Verkehrsmittel wurde benutzt?

27. War die verletzte Person Lenker des Fahrzeuges?  ja  nein

28. Wenn ja, ist sie im Besitze der erforderlichen Fahrerlaubnis?  ja  nein

Unter welchen Umständen hat sich der Unfall zugetragen?

29. Waren noch andere Personen am Unfall beteiligt?  ja  nein

30. Wenn ja, bitte Namen und Adressen angeben:

31. Gibt es Augenzeugen des Unfalles?  ja  nein

32. Wenn ja, bitte Namen und Adressen angeben:

33. Hat die Polizei den Unfall aufgenommen?  ja  nein

34. Wenn nein, bitte Begründung angeben:

Die EUROPÄISCHE ist von der Leistungspflicht befreit, wenn die versicherte Person die EUROPÄISCHE nach Eintritt des Versicherungsfalles arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

Ich ermächtige Ärzte, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, der EUROPÄISCHEN Reiseversicherungs AG alle erforderlichen Auskünfte über frühere, bestehende und während der Vertragsdauer eingetretene Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen zu erteilen und befreie die Genannten hiermit von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

---

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters