

Schadensnummer

_____ - _____

AGA International S.A.
Niederlassung für Deutschland
Schadenabteilung
Ludmillastraße 26 · D - 81543 München
Telefon: +49.89.6 24 24-0
Telefax: +49.89.6 24 24-222
E-Mail: unfall@allianz-assistance.de

Global Assistance

Allianz 

Schadenmeldung Reiseunfall-Versicherung

Bitte vollständig ausfüllen!

1. Angaben zu Ihrer Person:

▶ Bitte geben Sie bei Doppelnamen oder mehreren Familiennamen alle Namen an!

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	_____	_____
		Vorname(n)	Name(n)
Straße		Nummer / Adresszusatz	
PLZ		Ort	
Land		Beruf	
Telefon privat		Telefon tagsüber	
Geburtsdatum		E-Mail	

2. Angaben zur Versicherung:

▶ Bitte reichen Sie Ihren Versicherungsschein, die Versicherungs- / Buchungsbestätigung mit Nachweis der Prämienzahlung (Quittung) und Ihre Reisebestätigung jeweils in Kopie ein!

Buchungsstelle / Reisebüro / Veranstalter (falls vorhanden)	_____	Versicherungsschein-Nr. (falls bekannt)	_____
Reise- / Aufenthaltsbeginn	_____	Reise- / Aufenthaltsende	_____
		Versicherungsdauer (Tage)	_____

3. Angaben zum Unfallgeschehen:

Unfallort	_____	Unfallland	_____
Unfalltag	_____	Uhrzeit	_____
		Uhr	_____

Schildern Sie bitte kurz den Unfallhergang:

▶ Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.

Was wird als Unfallursache angenommen?

Welcher Stelle haben Sie den Unfall gemeldet?

▶ Bitte reichen Sie entsprechende Nachweise (z. B. Polizeiprotokoll, Bestätigung der Reiseleitung o. ä.) ein!

Polizei (Ort und Anschrift der Dienststelle, ggf. Name des Ansprechpartners)

Staatsanwaltschaft (Ort und Anschrift, ggf. Name des Ansprechpartners)

Reise- / Hotelleitung, Campingplatz-Leitung oder sonstige Stelle (Name, Ort und Anschrift, ggf. Name des Ansprechpartners)

Welche Person / welcher Zeuge hat den Unfall beobachtet oder Sie / die versicherte Person zuerst nach dem Unfall gesehen?

Herr Frau _____

Vorname / Name

Anschrift

7. Angaben zu früheren Unfällen oder Vorerkrankungen:

Bitte fügen Sie medizinische Unterlagen und ggf. Feststellungsbescheide bei.

Waren Sie / die versicherte Person bis zum Unfall gesund?

Nein Ja

Falls Nein, geben Sie bitte an, an welchen Krankheiten oder Folgen früherer Unfälle Sie / die versicherte Person bisher gelitten haben:

1.

2.

3.

4.

Grad der Beeinträchtigung vor dem Unfall:

%

Beziehen oder bezogen Sie / die versicherte Person vor dem Unfall Rentenzahlungen?

Nein Ja

Falls Ja, bitte Bezugszeitraum angeben:

seit

bis

Bitte nennen Sie kurz den Grund für den Rentenbezug:

8. Angaben zu weiteren Unfall- oder Lebensversicherungen:

Besteht eine private Unfallversicherung?

Nein Ja

Versicherungsgesellschaft (Name)

Versicherungsschein- oder Schaden-Nr.

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

Besteht eine Lebensversicherung? ► Nur bei Todesfall angeben!

Nein Ja

Versicherungsgesellschaft (Name)

Versicherungsschein- oder Schaden-Nr.

Anschrift der Versicherungsgesellschaft

9. Bankverbindung

Name des Kontoinhabers:

Anderer Empfänger: Vorname

Name

Kontonummer

Bankleitzahl

Kreditinstitut

Bei Auslandsüberweisungen bitte zusätzlich angeben:

IBAN

Swift- / BIC-Code

10. Belehrung zur Wahrheitspflicht (§ 28 VVG):

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass vorsätzlich unwahre oder unvollständige Angaben den Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig unwahre oder unvollständige Angaben eine – der Schwere meines Verschuldens entsprechende – Kürzung der Versicherungsleistung zur Folge haben können, es sei denn, diese Angaben werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die unwahren oder unvollständigen Angaben von mir arglistig gemacht wurden.

11. Abtretungserklärung: Eventuelle Ansprüche gegen Dritte trete ich in Höhe der von AGA International S.A. gezahlten Leistungen an AGA International S.A. ab.

12. Schweigepflichtentbindung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer Gesundheitsdaten bei den behandelnden Ärzten erheben darf, wenn diese für die Beurteilung seiner Leistungspflicht oder des Leistungsumfangs erforderlich sind und ich in die Datenerhebung eingewilligt habe. Daher gebe ich folgende Erklärung ab (bitte ankreuzen):

- Ich erkläre mich einverstanden, dass sich der Versicherer bei Rückfragen direkt an den Arzt bzw. das Krankenhaus wendet, die in diesem Schadenformular genannt sind sowie an die Aussteller der eingereichten Rechnungen. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass der Versicherer sich für Rückfragen auch an andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften, Unfallverursacher und Behörden wendet, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist. Die Mitarbeiter des Versicherers entbinde ich von Ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an die Mitarbeiter beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus und ist jederzeit widerrufbar.
- Eine Schweigepflichtentbindung gebe ich derzeit nicht ab. Statt dessen werde ich im Einzelfall schriftlich erklären, ob ich die entsprechenden Personen bzw. Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Schadensregulierung, zur Leistungskürzung oder gar Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sofern sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen dessen Leistungspflicht nicht oder nur teilweise ermitteln lässt.

Da die betroffene versicherte Person die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann, gebe ich als gesetzlicher Vertreter diese Erklärung ab:

Ort / Datum

Name / Anschrift des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift (Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich!)

Claim Reference No.:

_____ - _____

AGA International S.A.
Niederlassung für Deutschland (Germany branch)
Claims Department
Ludmillastr. 26 · D - 81543 Munich
Phone: +49.89.6 24 24-0
Fax: +49.89.6 24 24-222
e-mail: unfall@allianz-assistance.de

Global Assistance



Claim Form for Travel Accident Insurance

Please complete in full.

1. Personal details:

▶ Please write your name in full.

<input type="checkbox"/> Mr	<input type="checkbox"/> Ms	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		First name(s)	Surname(s)
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Street		Street Number	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Postcode		Place	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Country		Profession	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telephone (home)		Telephone (daytime)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Date of birth		e-mail	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

2. Details of the insurance:

▶ Please submit copies of your insurance certificate, the insurance confirmation with proof that the premium has been paid (receipt) and your travel confirmation.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Booking / Travel agency / Operator (if available)	End of journey / stay	Policy number (if available)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commencement of journey / stay		Period of insurance (days)
<input type="text"/>		<input type="text"/>

3. Details of the accident:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Place of accident	Country of accident
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date of accident	at _____ o'clock
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Please give a brief description how the accident happened: ▶ Please use an additional sheet of paper if necessary.

What is believed to have caused the accident?

Who did you report the accident to?

▶ Please submit suitable documentation (e.g. police report, confirmation of the tour operator's or the like).

Police (place and address of police station, and possibly the name of contact)

Public prosecution department (place and address, and possibly the name of contact)

Tour operator's / Hotel management, Camping site management or any other office (name, address, and possibly the name of contact)

What person / witness saw the accident or saw you / the insured person first after the accident?

<input type="checkbox"/> Mr	<input type="checkbox"/> Ms	<input type="text"/>
		First name / Surname
<input type="text"/>		
Address		
<input type="text"/>		

7. Details of previous accidents or pre-existing illnesses

 Please enclose the medical documents and, if applicable, the declaratory certificates.

Were you / the insured person healthy up until the accident?

No Yes

If no, please name the illnesses or consequences of previous accidents that you / the insured person suffered from previously:

1.

2.

3.

4.

Degree of impairment before the accident:

%

Did / do you / the insured person receive pension payments before the accident?

No Yes

If yes, please state period in which these were received:

since

till

Please briefly state the reason for receiving a pension:

8. Details of further accident or life insurance:

Do you have a private accident insurance?

No Yes

Insurance company (Name)

Policy number or Claim Reference number

Address of the insurance company

Do you have a life insurance?  Only state in the event of death.

No Yes

Insurance company (Name)

Policy number or Claim Reference number

Address of the insurance company

9. Statement

I can assure that the information provided above is true and completed in good faith. I am aware that maliciously false and incomplete information will lead to the loss of my right to a claim even if the insurer does not suffer a disadvantage as a result thereof. Claims for damages against third parties will be passed on to Mondial Assistance.

Name of account holder:

Other
see 1. **beneficiary:**

First name

Surname

Account number

Bank code

Name of Bank

For transfers from abroad:

IBAN

Swift- / BIC-Code

10. Instructions on duty to tell the truth (Section 28 of the German Insurance Contract Act [VVG]):

The above details are true and have been given to the best of my knowledge. I have noted that intentionally false or incomplete details can result in a loss of insurance benefits and false or incomplete details provided through gross negligence can – depending on the seriousness of my fault – result in a reduction of insurance benefits, unless these details were not the cause of the determination of the insured event or the determination or the scope of the insurance company's liability for insurance benefits. The latter restriction shall not apply if the false or incomplete details were fraudulently provided by me.

11. Declaration of assignment: I hereby assign any claims against third parties to AGA International S.A. at the amount of the payments made by AGA International S.A.

12. Release from the duty to preserve secrecy

I am aware that the insurance company may collect health data from the doctors giving treatment if this is necessary in order to ascertain its liability for insurance benefits or the extent of benefits and I have consented to the collection of such data. I therefore declare the following (please cross):

- I consent to the insurance company directly contacting the doctor or the hospital named in this claim form as well as the issuers of the invoices submitted in the event of any queries. I also consent to the insurance company contacting other personal insurers, statutory health insurance funds, German employers' liability associations, the person(s) causing the accident and the authorities for queries if knowledge of the data is required to ascertain its liability for insurance benefits. I release the insurance company's employees from their duty to preserve secrecy if the health data collected are transmitted to the employees of external consultants or medical experts to the extent required to examine the liability for insurance benefits. This declaration applies after my death and may be revoked at any time.
- I do not consent to a release from the duty to preserve secrecy at present. Instead, I will declare in writing whether I release the respective people or establishments from their duty to preserve secrecy in an individual case. I am aware that the decision for this option can lead to a delay in claims settlement, a reduction in benefits or even the insurance company's exemption from its liability for benefits if its liability cannot be ascertained or can only be ascertained in part based on the remaining sources of information.

As the insured person concerned cannot assess the significance of this declaration himself / herself, I am submitting this declaration as his / her legal representative:

Name and address of the legal representative

Place / Date

Signature (Minors require the signature of a parent or guardian)