

\_\_\_\_\_

# Schadenmeldung Reiseunfall-Versicherung

AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland  
Schadenabteilung  
Bahnhofstraße 16 · D - 85609 Aschheim b. München  
Tel: +49.89.6 24 24-298 · Fax: +49.89.6 24 24-188  
E-Mail: unfall-awpde@allianz.com

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname(n)	Name(n)
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße		Nummer / Adresszusatz	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PLZ		Ort	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Land		Beruf	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telefon / Mobil		E-Mail	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsdatum			
<input type="text"/>			

## 2. Bankverbindung:

Wer soll die Versicherungsleistung erhalten?

<input type="checkbox"/> wie 1.	<input type="checkbox"/> oder anderer Empfänger:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Vorname	Name
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Kreditinstitut			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
IBAN (max 34 Stellen)		Swift- / BIC-Code (8 oder 11 Stellen)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

## 3. Angaben zur Versicherung:


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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Buchungsstelle / Reisebüro / Veranstalter (falls vorhanden)	Versicherungs-Nr. (Versicherungspolice-, Jahresversicherungs- oder Kreditkartennummer etc.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reise- / Aufenthaltsbeginn	Reise- / Aufenthaltsende
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Versicherungsdauer (Tage)
	<input type="text"/>

## 4. Angaben zum Unfallgeschehen:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfallort	Unfallland
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfalltag	Uhrzeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

### 5. Angaben zu den Verletzungen und der Erstbehandlung:

Welche Verletzungen haben Sie / die versicherte Person erlitten:

 Bitte fügen Sie Befunde, ärztlich gestellte Diagnosen und Arztberichte anlässlich der Erstbehandlung bei.

Wann begann die Erstbehandlung?

Datum

Welche Ärzte behandelten Sie / die versicherte Person im Reiseland?

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Name und Anschrift eines weiteren Arztes oder Spezialisten

Welche Ärzte behandeln Sie / die versicherte Person seit der Rückkehr von Ihrer Reise?

Name(n) und Anschrift(n)

### 6. Angaben zu einer Krankenhausbehandlung:

Wurden Sie im Reiseland stationär behandelt?

Nein  Ja

 Bitte reichen Sie Arzt- bzw. Befundberichte in Kopie ein.  
 vom  bis

Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

Wurden Sie nach der Rückkehr stationär behandelt?

Nein  Ja

vom  bis

Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

### 7. Angaben bei tödlichem Ausgang:

Todesdatum

Trat der Tod am Unfallort ein?

Nein  Ja

Trat der Tod beim Transport oder im Krankenhaus ein?

Nein  Ja

Falls in einem Krankenhaus: Name / Anschrift des Krankenhauses

Vorname / Name des Arztes, der den Tod festgestellt hat

Hat im Ausland / Reiseland eine Obduktion stattgefunden?

Nein  Ja

Hat im Inland / Heimatland eine Obduktion stattgefunden?

Nein  Ja

Wer hat die Obduktion veranlasst?

Name / Anschrift

Wann wurde der Tod dem Versicherer gemeldet?

Datum

**8. Angaben zu früheren Unfällen oder Vorerkrankungen:**  Bitte fügen Sie medizinische Unterlagen und ggf. Feststellungsbescheide bei.

Waren Sie / die versicherte Person bis zum Unfall vollständig gesund?

Nein  Ja

Falls nein, geben Sie bitte an, an welchen Krankheiten/Leiden/Gebrechen/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:

**9. 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

## 10. Datenschutz

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Die Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten, zu denen auch Gesundheitsdaten gehören, unterliegt besonderem Schutz. Indem Sie uns anlässlich Ihres Versicherungsfalles Gesundheitsdaten mitteilen, willigen Sie ausdrücklich ein, dass wir Ihre für die Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Gesundheitsdaten verarbeiten.

## 11. 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 einen Verlust der Versicherungsleistung zur Folge haben. Bei grob fahrlässig unwahren oder unvollständigen Angaben kann der Versicherer die Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn ich nachweisen kann, dass die unwahre oder unvollständige Angabe nicht grob fahrlässig gemacht wurde. Wenn ich nachweise, dass die vorsätzlich oder grob fahrlässig gemachte Angabe weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war, bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die unwahren oder unvollständigen Angaben arglistig gemacht wurden. Bei arglistig gemachten unwahren oder unvollständigen Angaben wird der Versicherer in jedem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei.

**12. Abtretungserklärung:** Eventuelle Ansprüche gegen Dritte trete ich in Höhe der von AWP P&C S.A. gezahlten Leistungen an AWP P&C S.A. ab.

Ort / Datum

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