



# SCHADENANZEIGE

## Reiserücktrittskostenversicherung



Bitte ausgefüllt versenden an:

**Schadenregulierungsstelle Roland Assistance GmbH, Deutz-Kalker Str. 46, 50664 Köln**

<b>Allgemeine Angaben des Versicherungsnehmers</b>	Vorname, Name		Geburtsdatum	Versich.-Nr. (Travel Card Nr.)
	Straße / Haus-Nr.		ausgeübter Beruf	Schaden-Nr.
	PLZ / Wohnort		<input type="radio"/> angestellt <input type="radio"/> selbständig	Telefon (privat)
	Telefon (tagsüber erreichbar)		eMail-Adresse	
<b>Angaben zum Schaden</b>	<b>Schadentag</b>	<b>Uhrzeit</b>	<b>Schadenort / Land</b>	
<b>Grund des Rücktritts</b>	<input type="radio"/> des Versicherungsnehmers		<input type="radio"/> des Lebensgefährten	
	<input type="radio"/> Krankheit, Tod, schwerer Unfall		<input type="radio"/> Schaden am Eigentum	
	<input type="radio"/> Impfunverträglichkeit		<input type="radio"/> Arbeitslosigkeit	
	<input type="radio"/> Schwangerschaft		<input type="radio"/> Aufn. eines Arbeitsverhältnisses	
	<input type="radio"/> anderer Angehöriger zusätzlich bei Krankheit <input type="radio"/> chronisch <input type="radio"/> Datum des 1. Auftretens .....			
<b>Schweigepflichtentbindung</b>	<input type="radio"/> Ich entbinde die behandelnden Ärzte generell von ihrer Schweigepflicht. <input type="radio"/> Ich gebe eine entsprechende Entbindung von der Schweigepflicht nur im Einzelfall ab.			
<b>behandelnde Ärzte</b>	Name		Anschrift	
<b>beigefügte Nachweise</b>	<b>Bitte kreuzen Sie an, welche Belege (nach Möglichkeit im Original) Sie dieser Schadenanzeige beifügen.</b> <input type="radio"/> Buchungsunterlagen <input type="radio"/> Stornorechnungen <input type="radio"/> bei Krankheit, Tod, schwer. Unfall u. Impfunverträglichkeit: ärztliches Attest mit genauer Diagnose bzw. Sterbeurkunde <input type="radio"/> bei Schwangerschaft: ärztliches Attest mit Kopie des Mutterpasses <input type="radio"/> bei Schaden am Eigentum: Fotos, Bestätigung des Sachverständigen (z.B. des Gebäudeversicherers) <input type="radio"/> bei Arbeitslosigkeit oder Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses: Bestätigung des Arbeitsamtes			
<b>Bankverbindung</b>	Konto-Nr.		Kontoinhaber (Vorname, Name)	
	Bankleitzahl		Geldinstitut (Name und Ort)	
<b>Obliegenheiten und Unterschrift</b>	<p style="color: red; font-size: small;">Alle vorstehenden Fragen wurden <b>wahrheitsgemäß und vollständig</b> beantwortet. <b>Für die Richtigkeit übernehme ich</b> als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter <b>die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter (z. B. Vermittler) diese Anzeige für mich ausgefüllt hat. Mir ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben oder die Nichtvorlage angeforderter schadens-/leistungsrelevanter Unterlagen</b> zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen können, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben. Bei <b>grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachten Angaben oder grob fahrlässig unterbliebener Vorlage der Unterlagen</b> kann die Versicherungsleistung entsprechend der Schwere meines Verschuldens <b>gekürzt</b> werden. <b>Dies ist nicht der Fall, wenn ich nachweisen kann, dass ich nicht grob fahrlässig gehandelt habe.</b></p> <p style="text-align: center;">..... Ort / Datum / Unterschrift des Versicherungsnehmer</p>			