

Schadenmeldung Reiserücktrittsversicherung

Schaden Nr. (von Accept auszufüllen)

Der Schadenmeldung stets beizufügen sind:

[Rechnung für die Reiseveranstaltung, aus der Datum, Preis der Reise, Versicherung und Steuern hervorgehen.](#)

[Stornierungsbestätigung, aus dem Stornierungsdatum sowie eventuelle Rückzahlung vom Reiseunternehmen hervorgehen.](#)

Sonstige Unterlagen (z.B. Visum) im Original, die für die Bearbeitung des Schadens von Bedeutung sein können.

Bei Krankheit Formular für ärztliches Attest im Original, ausgefüllt, abgestempelt und von einem zugelassenen und unparteiischen Arzt unterschrieben.

Beleg für bezahlte Reise.

Besteller der Buchung:

Name:

Geburtstag:

Adresse:

PLZ:

Postanschrift:

E-Mail:

Telefon:

Stornierte Person:

Name:

Geburtstag:

Name:

Geburtstag:

Name:

Geburtstag:

Grund der Stornierung:

Wer ist betroffen:

Name:

Geburtstag:

Wenn Sie kein Reiseteilnehmer sind, geben Sie Ihr Verhältnis zum Versicherten an:

Bei Krankheit, sind Sie weiterhin in Behandlung?

- Ja
 Nein

Bei Krankheit, hat der Betroffene früher an derselben Krankheit gelitten?

- Ja Bitte angeben, wie lange der Patient keine Beschwerden hatte:
 Nein

Wurde oder wird der Schaden bei einer anderen Versicherung/einem Reisebüro/Veranstalter/an anderer Stelle gemeldet?

- Ja Wenn ja, bitte angeben, bei wem. Wenn Auszahlung erfolgt ist, bitte die Summe angeben:
 Nein

Bank:

BIC:

IBAN:

Ich versichere auf Ehre und Gewissen, dass alle Angaben in dieser Schadenmeldung der Wahrheit entsprechen. Ich erteile Accept Försäkringsaktiebolag nach erhaltener Entschädigung die Vollmacht, sämtliche Rückzahlungen von anderen Versicherungen, Reisebüros, Reiseveranstaltern, Fluggesellschaften, anderen Verkehrsunternehmen und Lieferanten einzuziehen.

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Einzusenden an:

Accept Försäkringsaktiebolag
Box 2068
SE-174 02 Sundbyberg
Sweden

oder

info@accept.se

Die Bearbeitung und Auszahlung kann innerhalb von 30 Tagen, nachdem der Versicherte seinen Pflichten nachgekommen ist, erfolgen.

vom Arzt auszufüllen und zu unterschreiben.

Name des Reisenden:

Geburtstag:

Name des Patienten :
(falls vom Reisenden abweichend)

Geburtstag:

Die Stornierung bezieht sich auf die
Reise nach:

Buchungsdatum:

Abreisedatum:

Ort und Datum der Untersuchung/Behandlung,
die der Ausstellung dieser Bescheinigung zugrunde liegt:

Untersuchungsergebnis und Diagnose:

ICD-10-Code:

Betrifft dies eine chronische Krankheit oder eine Krankheit, an welcher der Patient früher gelitten hat?

Ja Bitte angeben, wie lange der Patient keine Beschwerden hatte:

Nein

Auszufüllen, wenn der Reisende krank ist

Ich rate ausdrücklich von der Reise ab, weil der Zustand des Patienten = Reisenden nicht zulässt, eine solche unbeschadet durchzuführen.

Ich rate nicht von der Reise ab. Der Zustand des Patienten = Reisenden stellt kein Hindernis für die Reise dar.

Auszufüllen, wenn ein naher Angehöriger krank ist

Der Reisende, der ein naher Angehöriger des Patienten ist, sollte die Reise nicht durchführen. Der Zustand des Patienten erfordert nämlich eine besondere Pflege des Reisenden.

Der Reisende, der ein naher Angehöriger des Patienten ist, kann die Reise durchführen. Der Zustand des Patienten erfordert keine besondere Pflege des Reisenden.

Stets auszufüllen:

Die Krankheit ist nicht akut

Die Krankheit ist akut

Schwangerschaft (Hinweis! kein Hindernis für die Reise)

Keiner der Punkte oben ist zutreffend:

Name:

Titel:

Dienststelle:

Telefon:

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Stempel: