

Anschrift des Versicherungsnehmers

SIGNAL IDUNA Gruppe
 SIGNAL IDUNA Reiseversicherung
 Neue Rabenstr. 15 - 19
 20351 Hamburg
 Telefon: 040 4124-4988
 Telefax: 040 4124-4907669

Versicherungsnummer/Schadensnummer	Telefon privat/geschäftlich	Telefax/E-Mail
------------------------------------	-----------------------------	----------------

Sehr geehrter Kunde,

bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und ausführlich und senden Sie die Schadenanzeige an die zuständige Leistungsabteilung (**drk71-94671**) der SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG zurück.

Schadenanzeige Reise-Rücktrittskosten-Versicherung

1 Angaben zum Versicherungsnehmer

Name, Vorname		
Straße, PLZ Ort		
Arbeitsstelle	Telefon privat	Telefon geschäftlich

2 Angaben zur Reise

Reiseveranstalter	Reisebüro/Buchungsstelle		
Versicherungsschein-Nr.:			
Buchungsdatum	Reiseziel		
Reisebeginn	Reiseende	Stornierungsdatum	Reiseabbruch

3 Bitte tragen Sie alle Reiseteilnehmer ein, deren Reise storniert oder abgebrochen wurde:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum

4 Grund der Stornierung/des Reiseabbruchs

<input type="checkbox"/> Krankheit (siehe 4.1)	<input type="checkbox"/> Unfall (siehe 4.2)	<input type="checkbox"/> Tod	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft
Sonstiges Ereignis (bitte erläutern)			Wann
Welche Person wurde davon betroffen? (Name, Vorname)			
Ist die Person mit den Reiseteilnehmern verwandt?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie?
Bitte legen Sie als Nachweis unbedingt bei: Eine ärztliche Bescheinigung mit Angabe der Diagnose und der genauen Behandlungsdaten für die Krankheit, Unfallverletzung und Schwangerschaft. Zusätzlich geben Sie bitte den beigefügten Vordruck an den behandelnden Arzt weiter.			

