

Schadenmeldung Reiserücktritt- / Reiseabbruch- / Storno-Versicherung

Bitte vollständig ausfüllen!

ACHTUNG:

Neue Anschrift für
den Postversand
ab 01.10.2025:

10848 Berlin

AWP P&C S.A., Niederlassung für Deutschland
Schadenabteilung
Bahnhofstraße 16 · D - 85609 Aschheim b. München
Tel: +49.89.6 24 24-299 · Fax: +49.89.6 24 24-177
E-Mail: ruecktrittschaden-awpde@allianz.com

1. Wer hat die Reise / Veranstaltung angemeldet?

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
Telefon / Mobil		E-Mail

2. SEPA Bankverbindung

Bei nicht SEPA Bankverbindungen (international):
Bitte reichen Sie Ihre komplette Kontoverbindung separat ein.

Wer soll die Versicherungsleistung erhalten?

<input type="checkbox"/> wie 1. oder anderer Empfänger:	Vorname	Name
IBAN		Swift- / BIC-Code

3. Angaben zur Reise / Veranstaltung:

Besteht außer diesem Reiseschutz ggf. eine weitere Reiserücktritt- / Storno-Versicherung (Kreditkarte etc.)?

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Versicherer / Kreditkartenbezeichnung (Bank)
---	--

Versicherungsschein-Nr. / Kreditkarten-Nr. inklusive Kreditinstitut

Buchungsdatum	Reise- / Veranstaltungsbeginn	(Reise-)Abbruch
Stornierungsdatum	Reise- / Veranstaltungsende	verspäteter (Reise-)Antritt

Gesamter Reisepreis in Euro

In welcher Höhe werden Kosten geltend gemacht? (Storno- bzw. Rückreisekosten etc. in Euro)

▶ Bitte evtl. Aufstellung der geforderten Stornokosten beilegen.

4. Bitte tragen Sie alle Teilnehmer ein, deren Reise / Veranstaltung storniert, verspätet angetreten, unter- oder abgebrochen wurde:

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 1. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 2. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 3. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname / Name 4. (Reise-)Teilnehmer	Geburtsdatum

Wichtiger Hinweis

Zur Bearbeitung benötigen wir folgende Unterlagen:

- Versicherungsnachweis
- (Reise-)Buchungsbestätigung
- Rücktrittskostenrechnung, ggf. Eintrittskarten im Original
- Nachweis zum Eintritt des Versicherungsfalls (Attest, Sterbeurkunde etc.)
- Einzelaufstellung der entstandenen Kosten

Als Anlage beigefügt:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Bei Reiseabbruch:

- Abrechnung des Veranstalters / Leistungsträgers über die nicht genutzten (Reise-)Leistungen
- Originalbelege der zusätzlichen Rückreisekosten, sofern versichert

Als Anlage beigefügt:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

▶ Bitte wenden

5. Warum wurde die Reise / Veranstaltung storniert, verspätet angetreten, unter- oder abgebrochen?

<input type="checkbox"/> Krankheit (siehe 5.1)	<input type="checkbox"/> Unfall (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/> Tod										
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Sonstiges Ereignis	Wann war dieses Ereignis? <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

Welches sonstige Ereignis?

Welche Person wurde davon betroffen?

Vorname	Name
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wie?

Besteht keine Namensgleichheit mit der betroffenen Person, bitten wir um Übersendung eines entsprechenden Nachweises über das Verwandtschaftsverhältnis.

Bitte legen Sie als Nachweis unbedingt eine ärztliche Bescheinigung mit Angabe der Diagnose und der genauen Behandlungsdaten für die Krankheit, Unfallverletzung und Schwangerschaft bei. Falls ein solches Attest noch nicht vorliegt, geben Sie bitte den anhängenden Vordruck an den behandelnden Arzt weiter.

5.1 Bei Krankheit:

Krankheitsbezeichnung / Beschwerden / Symptome

	Wann trat die Krankheit auf?	Wann wurde der Arzt aufgesucht?																				
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> vom											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> bis										
Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> vom											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> bis										
Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> vom											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> bis										
Wann wurde der Arzt erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung befragt?		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

Wie war seine Beurteilung?

Befand sich der Patient wegen der gleichen oder einer ähnlichen Erkrankung schon früher in ärztlicher Behandlung?

Ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> vom											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> bis										
Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> vom											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> bis										

5.2 Bei Unfall:

Unfallort	Unfalltag <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Wurde der Unfall durch Dritte verursacht oder mitverursacht? (Falls Ja, bitte Unfallbericht / Unfallschilderung beilegen!)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja										

Vorname / Name und Anschrift des Unfallverursachers

Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers (Name)	Versicherungsschein-Nr.
---	-------------------------

Anschrift der Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers

Haben Sie dort Schadenersatz gefordert? (Falls Ja, bitte Korrespondenz beilegen!)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
---	---

6. 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.

7. 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.

8. 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!)

Ärztliche Bescheinigung

Bitte tragen Sie in dieses Formular unter der entsprechenden Rubrik (A, B oder C) in die Blau umrandeten Felder Ihre persönlichen Daten und Ihre Buchungsdaten ein. Geben Sie danach das Formular bitte an den behandelnden Arzt weiter.

A. Krankheit / Unfall der versicherten Person

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname		Name	
Geburtsdatum		Reiseziel / Veranstaltungsort		
Buchungsdatum		Reise- / Veranstaltungsbeginn		Reise- / Veranstaltungsende

Krankheit / Diagnose, die zur Reise- / Teilnahmeunfähigkeit führte:

Krankheitsbezeichnung

Wann wurde diese Diagnose gestellt?

Wann wurde wegen der Beschwerden und Symptome die zu dieser Diagnose führten, erstmals ein Arzt aufgesucht?

Hätte der / die Patient(in) zum Zeitpunkt dieses ersten Arztbesuches reisen / an der Veranstaltung teilnehmen können?

Welche Medikation und Therapie / Maßnahmen haben Sie verordnet?

ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)

Datum

Datum

 Ja

Nein / Nicht zumutbar

Weitere Behandlungsdaten

Überweisung an Facharzt

Nein

Ja

Name und Anschrift des Facharztes

Bestand

Arbeitsunfähigkeit?

Nein

Ja

vom

bis

Haben in den letzten sechs Monaten vor Reisebuchung ärztliche Behandlungen stattgefunden?

▶ Bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt.

Ja

Nein

Datum der Behandlung

Behandlungen / Therapien / Medikationen

Datum der Behandlung

Behandlungen / Therapien / Medikationen

Bestanden oder bestehen Vorerkrankungen, die im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen?

Nein

Ja

seit

Diagnose der Vorerkrankungen

ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)

Falls es sich um eine chronische Erkrankung handelt: Wann kam es letztmals zu einem akuten Schub?

Wurden Sie vor Buchung der Reise / Veranstaltung (siehe o. g. Buchungsdatum) vom Patienten nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung gefragt?

Datum

Nein

Ja

Wann wurden Sie erstmals nach der Durchführbarkeit der Reise / Teilnahme an der Veranstaltung gefragt?

Datum

Gesundheitliche Risiken

Stationäre Behandlung

Nein

Ja

vom

bis

Krankenhaus / Klinik (Name / Anschrift)

Einweisender Arzt (Vorname / Name)

▶ Bitte legen Sie den Entlassungsbericht des Krankenhauses bei.

Ab wann war nach objektiver ärztlicher Beurteilung die Teilnahme an der Reise / Veranstaltung nicht mehr möglich?

Datum

Falls dieses Datum vom Datum des ersten Arztbesuchs abweicht, nennen Sie uns bitte hierfür die Gründe:

(Die Überprüfung der Angaben durch den medizinischen Dienst der AWP P&C S.A. behalten wir uns vor.)

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

B. Krankheit / Unfall nicht reisender / teilnehmender Angehöriger

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname	Name
Geburtsdatum		

Diagnose

ICD 10 Code (Bitte unbedingt angeben)

Wann trat die Krankheit auf? / Wann ereignete sich der Unfall?

Datum

Stationäre Behandlung

Nein

Ja

vom

bis

Wann war erstmals erkennbar, dass die Anwesenheit der Angehörigen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden des / der Patienten / Patientin angezeigt war?

Datum

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

C. Schwangerschaft der versicherten Person

Vorname	Name	
Geburtsdatum	Reiseziel / Veranstaltungsort	
Buchungsdatum	Reise- / Veranstaltungsbeginn	Reise- / Veranstaltungsende

Wann und in welcher Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft festgestellt?

Datum

Schwangerschaftswoche

Errechneter Entbindungstermin

Wann war erstmals erkennbar, dass der Antritt der Reise / die Teilnahme an der Veranstaltung in Anbetracht der Schwangerschaft nicht zumutbar war?

Datum

Schwangerschaftswoche

Was war der Grund für diese Beurteilung?

Gab es zum o. g. Zeitpunkt Komplikationen?

Nein

Ja

Um welche Komplikationen handelte es sich?

Stationäre Behandlung

Nein

Ja

vom

bis

Sonstige Gründe:

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes