

Bitte beantworten Sie alle Fragen in dieser Schadensanzeige. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass es bei fehlenden Angaben dazu führen kann, dass wir Ihnen die Formulare erneut zusenden und sich dadurch die Bearbeitung der Schadensmeldung verzögert.

ACHTUNG : Die Rückerstattung der Kosten findet per Überweisung statt. Dafür benötigen wir Ihre genauen Bankverbindungen (Name der Bank, Bankleitzahl, Kontonummer, sowie IBAN und Swiftcode - diese Informationen finden Sie auf Ihren Kontoauszug).

Persönliche Angaben - Erforderlich für alle Schadensmeldungen

Angaben zum Antragsteller	Herr/Frau	<input type="text"/>	Wohnort	<input type="text"/>	
Nachname		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Vorname(n)		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsdatum		<input type="text"/>	Postleitzahl	<input type="text"/>	
Sozialversicherungsnummer		<input type="text"/>	Telefon privat	<input type="text"/>	Telefon geschäftl. <input type="text"/>
Nationalität		<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>	
IBAN		<input type="text"/>			
SWIFT (BIC)		<input type="text"/>			
Kontoinhaber		<input type="text"/>			

Details zur Police und der Reise		Art und Höhe der Forderung	
		Leistungen	€ eingefordert
Police Nr.	<input type="text"/>	Heilbehandlungskosten im Ausland	<input type="text"/>
Ausstellungsdatum	<input type="text"/>	Krankenhauskosten	<input type="text"/>
Datum Hinreise	<input type="text"/>	Erholungsgeld	<input type="text"/>
Datum Rückreise	<input type="text"/>	Stornierung	<input type="text"/>
Erstgenannter	<input type="text"/>	Verspätete Gepäckauslieferung	<input type="text"/>
Reiseziel(e)	<input type="text"/>	Verlust/Beschädigung/Diebstahl des Gepäcks	<input type="text"/>
		Gerichts- und Anwaltskosten	<input type="text"/>

Wichtiger Hinweis: Abhängig von der gewählten Versicherung können einige Ansprüche nicht geltend gemacht werden.

Das Einreichen falscher Schadensmeldungen ist strafbar. Wenn sich Ihre Forderung als betrügerisch herausstellt wird Ihr Antrag abgelehnt und Strafanzeige gestellt.

1. Ich/wir bestätige/n dass alle Informationen, Antworten und Dokumente, die im Zusammenhang mit dieser Schadensmeldung stehen wahr sind und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht/übergeben wurden. Ich/wir habe/n keine relevanten Informationen zurückgehalten, die für eine Beurteilung dieser Schadensmeldung relevant sein könnten. Ich bestätige ebenfalls, dass ich verstanden habe, dass weder Linkham Services noch der Versicherer die Verantwortung für Zahlungen trägt, die den beteiligten Personen nicht im richtigen Verhältnis zugeordnet worden sind.
2. Ich/wir haben verstanden, dass die Informationen in diesem Formular an Linkham Services übermittelt oder von diesen im Rahmen meiner Versicherung genutzt werden. Diese Nutzung beinhaltet die Prüfung, Abwicklung und Abwendung von Betrugsversuchen und kann auch die Weitergabe von Daten an Mittelpersonen oder andere Versicherer bedeuten.
3. Ich/wir gebe/n Linkham Services mein/unser Einverständnis meine/unsere Hausratsversicherung oder Krankenversicherung oder andere Reiseversicherer um Mithilfe zu bitten.

Ich habe die obige Erklärung gelesen und verstanden (ALLE beteiligten Personen müssen unterzeichnen)

Name des Antragstellers	Unterschrift Antragsteller	Geburtsdatum	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zentrum fuer Anspruch Dienstleistungen

1. Grund für die Umbuchung- Bitte nur ein Kästchen ankreuzen.

Tod	<input type="checkbox"/>	Krankheit	<input type="checkbox"/>	Verletzung	<input type="checkbox"/>	Nicht medizinische	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----------	--------------------------	------------	--------------------------	--------------------	--------------------------

Dokumente, die Sie uns senden müssen - Senden Sie Originaldokumente aber bitte heben Sie Kopien für Ihre Unterlagen auf.

- 1. Versicherungspolice Zeitplan / Versicherungsnachweis / Reiseveranstalter buchung Rechnung mit Zahlung Ihrer Versicherungsprämie.
- 2. Original Beweise substantiate reisen zB Buchung der Rechnung, Reiseroute, Tickets.
- 3. Alle unbenutzten und gebrauchten Fahrkarten, Routen usw.
- 4. Wenn Umbuchung aufgrund der Erkrankung ist, einschließlich Tod, von jemandem in Deutschland bitte der beigefügten ärztlichen Umbuchungen durch den üblichen Arzt der Person, deren Zustand verursacht hat die Einreichung dieses Antrags abgeschlossen.
- 5. Wenn die Umbuchung aufgrund einer Verletzung oder Krankheit war, die auf der Umbuchung über die Versicherung gelitten haben sollte und die Reise auf den Ferienort, geben Sie bitte eine schriftliche Bestätigung des Arztes, der den einzelnen im Ort behandelt hat, dass die Umbuchung medizinisch notwendig war.

- 6. Wenn die Umbuchung durch Tod entstanden ist, benötigen wir eine Bescheinigungs Kopie der Sterbeurkunde. Darüber hinaus, wenn der Verstorbene unter dem Zertifikat, auf dem dieser Anspruch gestellt wurde, benötigen wir eine Kopie der Erteilung Nachlassgericht /Briefe von der Administration in Bezug auf den Nachlass der herausgegeben Versicherung.
- 7. Wenn diese Umbuchung Folge einer Verletzung übermittelt wurde, bitten wir Sie eine vollständige Beschreibung des Vorfalls, die zur Schädigung, wenn eine dritte Partei beteiligt war hier bitten wir Sie auch die Details und die ihrer Versicherer, falls verfügbar.
- 8. Wenn diese Einschränkung aus einem anderen Grund als die in den Nummern 3 und 4 ist senden Sie bitte unabhängig schriftlichen Beweise für die Ereignisse und Umstände, die in der Vorlage der Forderung geführt haben. Versicherer, falls verfügbar.

Wenn Sie nicht einen der angeforderten Dokumentationen haben ,bitten wir Sie um eine schriftliche Erklärung, warum.

Beantworten Sie alle Fragen unter-Blockschrift bitte.

1. Termine der geplanten Rückkehr und des tatsächlichen Ertrags.

Geplante Rückkehr Datum:	<input type="text"/>	Anzahl der gebuchten Übernachtungen:	<input type="text"/>
Tatsächliche Erträge Datum:	<input type="text"/>	Anzahl der Nächte nicht verwendet:	<input type="text"/>

2. Wenn Umbuchung durch eine Person, die nicht mit Ihnen nicht gereisnt ist, geben Sie bitte deren Namen und deren Beziehung mit Ihnen.

Name	<input type="text"/>
Beziehung	<input type="text"/>

3. Hat sich ihre Reisearrangements von ihrer ursprünglichen Buchung unterscheiden?

(a) War ein Versuch gemacht die Original-Karten zu revalidieren oder zu verwenden?

JA	NEIN
-----------	-------------

(b) Wenn Antwort auf (a) JA ist, waren Sie erfolgreich in Ihren versuch?

JA	NEIN
-----------	-------------

(c) Wenn Antwort auf (a) NEIN ist bitte geben Sie eine Erklärung warum kein Versuch unternommen wurde um die Tickets zu revalidieren, ihre Antwort ist Teil zu Frage 6.

6. Bitte geben Sie ausführlich die Gründe für die Umbuchung. (bei Bedarf auf ein gesonderten Blatt falls notwendig).

4. Namen und Alter aller die Umbuchen.

Name	GBD

5. 24 Stunden Notdienst.

(a) Wurde Linkham Services kontaktiert?

Wenn Ihre Antwort auf (a) NEIN ist ,erklären Sie bitte in Details in Frage 6 warum Linkham Services nicht zu diesen Zeitpunkt kontaktiert wurde.

(b) Datum und Uhrzeit des ersten Anruf.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

(c) Name der Person mit der Sie gesprochen haben.

(d) An gegebene Referenz-Nummer.

7. Sonstige Versicherungen

a. Sind die Kosten, die Sie von einer anderen Policy haben Sie Versicherungsfall?

 JA NEIN

zB Geschäftsbericht / Kreditkarte Policy.

Bb (Ein Beitrag Zahlung ist gängige Praxis, wo 2 Richtlinien den gleichen Verlust decken.)

b. Falls Ja bitte geben Sie folgende details:

Firmenname und Anschrift:

Polizzenummer

Please confirm details of any payment you have already received for this incident

8. Zurück Ansprüche

a. Wenn ja, bitte Details angeben:Haben Sie Angaben über diese Art von Versicherung früher angegeben?

 JA NEIN

b. Wenn ja, bitte Details angeben:

9. Zum Zeitpunkt der Vermittlung Ihrer Reise haben Sie oder ein Mitglied Ihrer Partei:

a. Kenntnis von einer Erkrankung oder einer Reihe von Umständen, die aller Voraussicht nach zur Entstehung eines Anspruchs geben könnte?

 JA NEIN

b. Haben Sie oder waren Sie oder eine andere Person auf welche Urlaubspläne abhängen (einschließlich nicht Familien mitglied):

i) eine laufenden medizinischen Zustand (oder medizinische Komplikationen, die direkt zurechenbaren Zustand) durch einen approbierter praktischer Arzt untersucht?

 JA NEIN

ii) ein medizinischer Zustand, für die es verschriebene Medikamenten oder einer anderen Behandlung als eine kleine Unpässlichkeit von einem zugelassenen Arzt während 30 Tagen hatte (oder 90 Tage pro Person von 70 Jahren oder älter) unmittelbar vor der Dauer der Versicherung?

 JA NEIN

iii) Empfangen wurden oder auf der Warteliste für eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder Pflegeheim?

 JA NEIN

v) wurde gegen den Nachweis eines Arztes oder für Zwecke der Erlangung medizinischer Behandlung im Ausland unterwegs?

 JA NEIN

vi) ein Terminal Prognose gegeben?

 JA NEIN

Haben Sie ein Schreiben erhalten über eine der oben von Ihrem Arzt? Wenn ja, bitte eine Kopie des Briefes.

 JA NEIN

Wenn Sie ja auf eine der oben genannten Antwort geben haben,bitten wir Sie weitere Einzelheiten der Bedingungen oder Umstände ein zu geben: