

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 Mittelspersonen 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"/>



