

--

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		Wohnort		
	Nachname				
	Vorname(n)				
	Geburtsdatum		Postleitzahl		
	Sozialversicherungsnummer		Telefon privat		Telefon geschäftl.
	Nationalität		E-mail		
	IBAN				
	SWIFT (BIC)				
	Kontoinhaber				

Details zur Police und der Reise		Art und Höhe der Forderung	
		Leistungen	€ eingefordert
Police Nr.	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Heilbehandlungskosten im Ausland	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Ausstellungsdatum	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Krankenhauskosten	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Datum Hinreise	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Erholungsgeld	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Datum Rückreise	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Stornierung	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Erstgenannter	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Verspätete Gepäckauslieferung	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Reiseziel(e)	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Verlust/Beschädigung/Diebstahl des Gepäcks	<input style="width: 90%;" type="text"/>
		Gerichts- und Anwaltskosten	<input style="width: 90%;" 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 style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>



Dieses Attest muss von dem behandelnden Arzt der Person ausgestellt werden, deren Krankheit/Verletzung den Schadensfall verursacht hat.

Bitte beachten!

- Alle im Rahmen dieses Attests anfallenden Gebühren gehen zu Lasten des Versicherten und sind nicht erstattungsfähig im Rahmen dieser Versicherung.
- Bitte beantworten Sie alle Fragen. Häkchen, Striche oder Angaben wie "nicht zutreffend" etc. sind unzulässig.
- Diese Informationen werden als persönlich und vertraulich behandelt.
- Ein Attest, das nicht alle erforderlichen spezifischen Informationen enthält ist unzureichend.

1. Vollständiger Name der Person, deren Zustand den Schadensfall verursacht hat:

2. Geburtsdatum: / /

3. Sind Sie der behandelnde Arzt der unter Punkt 1. genannten Person? JA NEIN

(a) Wenn ja, seit wann?

(b) Wenn nein, inwiefern sind Sie an dieser Angelegenheit beteiligt?

4. Bitte geben Sie an: Die Art der Beschwerden/Krankheit/Verletzung/Todesursache, die zu dem Schadensfall geführt haben.
Bei Verletzung oder Unfall mit Todesfolge, geben Sie die genaue Ursache an.

5. Hat der Patient in der Vergangenheit an denselben oder ähnlichen Beschwerden gelitten? JA NEIN

6. (a) Geben Sie bitte das genaue Datum des in Punkt 4. genannten Vorfalles an. / /
(b) Geben Sie bitte das Datum der ersten Untersuchung an. / /
(c) Geben Sie, falls zutreffend, das Datum des Eintretens einer Verschlechterung an. / /

Bitte machen Sie genaue Angaben über alle Beschwerden einschließlich Vor- und bestehenden Erkrankungen, die in den letzten 24 Monaten untersucht oder behandelt wurden, für die Medikamente verschrieben, medizinische Beratung oder Überweisungen verordnet, oder stationäre Beschwerden, deren Behandlung verweigert wurde.

7. War die Person arbeitsunfähig und wenn ja, für wie lange? JA NEIN

8. Hat die unter Punkt 1. genannte Person eine Prognose zur unheilbaren Erkrankung erhalten? JA NEIN

Wenn ja, wann wurden die folgenden Personen über diese Prognose in Kenntnis gesetzt? (a) Die unter Punkt 1. genannte Person / / (b) Der Antragsteller, sofern nicht identisch. / /

9. Sofern die Schadensforderung mit einer Schwangerschaft zusammenhängt, machen Sie bitte die folgenden Angaben:
(a) Datum der Feststellung der Schwangerschaft / / (b) Letzte Periode / /
(c) ECD / /

10. (a) Hat sich die in Punkt 1. genannte Person (falls eine Reise stattgefunden hat) bei Ihnen vor Abreise eine Reiseempfehlung eingeholt? Wenn ja, wann? JA NEIN / /
(b) Falls eine Reise stattgefunden hat, war die unter Punkt 1. genannte Person Ihrer Ansicht nach bei Abreise gesundheitlich in der Verfassung zu reisen? JA NEIN

11. Können Sie bestätigen, dass die unter Punkt 4 genannten Umstände eine Stornierung der Reise für die Antragsteller zwingend erforderlich gemacht haben? JA NEIN

Von einem zugelassenen Arzt auszufüllen

Ich habe die unter Punkt 1. genannte Person untersucht und/oder ihre Krankenakte herangezogen und bestätige, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen und keine für eine Beurteilung relevanten Informationen zurückgehalten worden sind.

Name (Bitte in Druckbuchstaben)

Fachliche Qualifikation

Anschrift

Stempel oder Siegel des Arztes

Unterschrift

Datum