

Anspruchsanmeldung



Referenz der Anspruchsanmeldung:

(Nur das Büro)

Persönliche Details:

Name:

Art des Anspruches:

Datum:

Adresse:

Telefon:

Email:

Wichtige Information

1. Bitte füllen Sie die beigefügten Antragsformulare aus
2. Bitte benutzen Sie die Rückseite oder eine andere Seite, falls Sie mehr Platz für Informationen brauchen
3. Bitte listen Sie die Unterlagen auf, die diesem Antragsformular beigefügt sind:

a)

b)

c)

d)

e)

Anspruchsanmeldung



f)

4. Bitte schicken Sie die ausgefüllte Anspruchsanmeldung und beigefügte Information an:

OSG
Merrion Hall
Strand Road
Sandymount
Dublin 4
Ireland

Versicherung Information

Versicherung
Nummer:

Erworben am:

Art der Versicherung:

Versicherungsdatum

von - bis

Weitere Deckung:

Anspruchsanmeldung



Details der Antragssteller:

Vollständige Namen:	Geburtsdatum:	Beruf:	Nationalität:	Geburtsort:

Reise Details:

Buchungsdatum:

Hinreisedatum:

Rückreisedatum:

Land:

Grund der Reise:

Anspruch für:

Betrag:

€

Antragsformular auf Entschädigung für Stornierung



Grund für Stornierung – bitte NUR EINEN Hacken setzen

Tod

Krankheit

Verletzung

Nicht medizinisch

Wenn die Stornierung durch eine nicht Mitreisende Person verursacht wurde und die in Ihrer Police nicht versichert ist, geben Sie bitte an, in welcher Beziehung diese Person zu Ihnen steht:

Wenn der Grund für Stornierung ärztlich bedingt ist, SOLL das beigefügte medizinische Zertifikat vom Hausarzt für die Person ausgefüllt werden, deren Krankheit die Reigestornierung verursacht hat.

1. Datum und Zeit, wann Ihnen die Notwendigkeit bewusst wurde, Ihre Ferien zu annullieren _____ / _____ / _____

Zeit: _____

2. Datum und Zeit, wann Sie Ihren Reiseagenten oder Reiseveranstalter über die Notwendigkeit informiert haben, Ihre Ferien zu annullieren: _____ / _____ / _____

Zeit: _____

3. Details der Unkosten und Stornierungsgebühren

Pauschalreise

Selbstständig gebucht

Ticketkosten: € _____

Aufenthaltskosten: € _____

Vorgebuchte Ausflüge: € _____

Andere Ausgaben (z.B. / Autoabstellplatz, Flughafenhotels, Transfers): € _____

Rückerstattungen die bereits erhalten wurden € _____

Totaler Umkostenbetrag € _____

Antragsformular auf Entschädigung für Stornierung



Bitte legen Sie für alle Unkosten einen Zahlungsbeweis vor, wie z.B. Konto- oder Kreditkartenauszug

4. Name und Geburtsdaten von allen Personen, die die Reise storniert haben:

Anrede	Vollständige Namen	Geburtsdatum	Beruf

5. Beschreibung Sie bitte genau die Umstände der Stornierung:

Antragsformular auf Entschädigung für Stornierung



Füllen Sie bitte eines der folgenden aus, welche auf den Grund der Stornierung zutreffen:

Entlassung:

• Datum, an dem die Entlassung
mitgeteilt wurde:

___ / ___ / ___

•

•

Effektives Datum der
Entlassung:

___ / ___ / ___

•

• Jahr, in dem Sie im
Unternehmen angestellt
wurden:

Sie müssen uns das original Schreiben von Ihrem Arbeitgeber vorlegen, welches Ihre Entlassung bestätigt.
Kopien können leider nicht berücksichtigt werden.

Verkehrsunfall:

Datum des Verkehrsunfall

___ / ___ / ___

Ort:

Polizeiliche Ereignis-/
Berichtnummer:

Marke des Fahrzeugs:

Modell des Fahrzeugs:

Name und Anschrift der
beteiligten Parteien:

Antragsformular auf Entschädigung für Stornierung



Wir benötigen den original Polizeibericht des Unfalls. Kopien können leider nicht berücksichtigt werden.

•Verletzung am Arbeitsplatz Verletzungsdatum: ___ / ___ / ___
(oder Ähnliches):

Firmenname:

Firmenanschrift:

Name und Anschrift des
Firmenversicherers:

Bitte legen Sie uns alle Beweisunterlagen im original vor, da Kopien leider nicht berücksichtigt werden.

Verfügen Sie über irgendeine Form von Bank oder Kreditkartenversicherung welche Ihnen kostenlose Reiseversicherung anbietet, die Ihren Anspruch abdecken könnte? Ja Nein

Wenn Ja, bestätigen Sie bitte Folgendes:

Kartenummer:

Herausgeber Bank:

Karten Typ (Gold, Platinum, Standard):

Ist der Anspruch gegen eine Drittperson erhoben worden?

Ja Nein

Wenn **JA**, bitte Einzelheiten angeben:

Gibt es eine andere entsprechende Versicherung, die die Umstände Ihres Anspruchs decken könnte? Andere Versicherungen, Barclaycard, Amex

Antragsformular auf Entschädigung für Stornierung



Wenn **JA**, bitte Einzelheiten angeben:

Ja Nein

Wenn sich der Anspruch auf eine Verletzung bezieht, bestätigen Sie bitte Folgendes:

1. Eine Übersicht über die Umstände, die zu dem Unfall geführt hat

2. Wenn eine Drittperson beteiligt war geben Sie bitte Name, Adresse und Versicherungsdetails an.

3. Falls Sie einen Schadenersatzanspruch gegen eine Drittperson erheben, geben Sie bitte den Namen und die Anschrift des beauftragten Rechtsanwalt sowie dessen Referenznummer an.

4. Wenn keine Drittperson beteiligt war, erklären Sie bitte, wer oder was nach Ihrer Meinung für den Unfall / Schaden schuldig war.

Wenn Ihrem Anspruch zugestimmt ist, geben Sie bitte Ihre Bankverbindung für die Zahlung an:

Bestätigen Sie den Zahlungsempfängernamen:

Name der Bank:

Bank Anschrift:

Antragsformular auf Entschädigung für Stornierung



Bank SWIFT (BIC) Code:

Bank IBAN:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Kontoinhaber:

Leider sind wir nicht in der Lage auf ein Spar - oder
Kreditkartenkonto zu überweisen

ERKLÄRUNG

WICHTIG-Fehlende Unterschrift wird dazu führen, dass Ihr Antrag zurückgewiesen wird.

Ich / wir erklären, dass die obigen Aussagen wahr und richtig sind und ich alle Angaben nach dem Besten meines Gewissen gemacht habe. Ich / wir haben keine Informationen innerhalb meines / unseres Wissens vorenthalten. Ich / wir erklären uns bereit dem Versicherer alle angeforderten Informationen, die verlangt werden, vorzulegen. Ich / wir verstehen, dass der Versicherer nicht für die Unkosten für diese Informationen aukommen kann. **ACHTUNG - die Ausstellung eines betrügerische oder wissentliche übertrieben Anspruchs ist eine Straftat. Wir beurteilen alle Aussagen und werden jede Person, die des Betrugs verdächtigt ist, an die Polizei weitermelden.**

DATENSCHUTZGESETZ

Die Versicherungswirtschaft nimmt an einer Reihe der Initiativen zur Betrugsbekämpfung teil. Die Angaben, die in diesem Formular mitgeteilt sind, können elektronisch gespeichert und den andere Organisationen zu diesem Zweck zugänglich gemacht werden. Ich verstehe/ wir verstehen, dass Sie andere Angaben von anderen Organisationen verlangen können, um die Antworten zu überprüfen, die ich gegeben habe/ wir gegeben haben.

WICHTIG

Im Falle der Haftung einer Drittperson erfolgt ein Übergang von allen Rechten in dieser Angelegenheit an die Reiseversicherungsträger oder ihre Agenten bei allen Schadensvereinbarungen dieses Anspruchs.

Unterschrift:

Datum:

___ / ___ / ___

Medizinisches Zertifikat



Vom Hausarzt auszufüllen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Wichtig: Der Arzt wird höflichst gebeten, so viele Details wie möglich zu geben, um unsere Kunden zu unterstützen und um die Notwendigkeit weitere Anfragen zu vermeiden.

1. Name des Patienten:

Geburtsdatum:

___ / ___ / ___

2. Sind Sie der Allgemeinarzt des Patienten?

Ja Nein

Wenn **JA**, wie lange?

Wenn **NEIN**, Bitte geben Sie Name und Adresse des Allgemeinarztes des Patienten an:

3a. Bitte geben Sie eine genaue Diagnose der Krankheit oder Verletzung oder Todesursache an:

b. An welchem Datum hat der Patient sich bei Ihnen mit den Symptomen diese Krankheit zum erstenmal vorgestellt?

___ / ___ / ___

4. Datum des Beginns der Krankheit oder Verletzung:

___ / ___ / ___

5. Datum vorgeschriebenen Prüfungen:

___ / ___ / ___

6. Datum durchgeführten Tests:

___ / ___ / ___

7. Datum Zustand diagnostiziert:

___ / ___ / ___

8. Datum der Überweisung zum Spezialisten:

___ / ___ / ___

9. Name und Anschrift des Spezialisten :

Medizinisches Zertifikat



PLZ:

10. Hat der Patient eine entgültige Prognose erhalten?

Ja Nein

Wenn **JA**, bitten geben Sie Datum und Prognose:

___ / ___ / ___

11. Haben Sie bereits, diesen Patienten in Bezug auf die gleiche/ ähnliche/ Erkrankung oder Verletzung behandelt oder beraten wie in Frage 3a?

Ja Nein

Wenn **JA**

a. Geben Sie die Diagnose der Krankheit – Verletzung an

b. Geben das Datum der gleichen/ ähnlichen Krankheit/ Verletzung an und welche Behandlung/ Medikamente verschrieben wurden.

c. Bekommt der Patienten medizinische Beratung, Behandlung oder Medikamente für diesen Zustand oder einem ähnlichen/ verwandten Bedingung?

Ja Nein

Wenn **JA**, geben Sie bitter Einzelheiten:

d. Bitte listen Sie alle aktiven medizinischen Bedingungen, Datum der Diagnose und Angaben zu Medikamenten an, falls vorhanden.

Medizinisches Zertifikat



12. Hat irgendein andere Heilpraktiker diesen Patienten für die gleiche/ ähnliche/ verwandte Krankheiten oder Verletzungen behandelt, wie in Frage 3a beschrieben?

Ja Nein

Wenn **JA**, geben Sie bitte Name und Anschrift des Arztes:

_____ PLZ _____

13. Hat der Patient in den letzten 24 Monaten für alle Bedingungen stationäre Behandlungen erhalten?

Ja Nein

Wenn **JA**, geben Sie bitte Einzelheiten der Behandlung und Zeitpunkt/wann an:

___ / ___ / ___

14. Schwangerschaft nur

a. Datum der LMP: _____ / _____ / _____

b. Datum der Bestätigung der Schwangerschaft: _____ / _____ / _____

c. Schätzungstag der Niederkunft: _____ / _____ / _____

d. Exakt Erkrankung innerhalb der Schwangerschaft:

15. War der Antragsteller verpflichtet, die Reisevorbereitungen allein aufgrund der Bedingungen in Frage 3a beschrieben zu kündigen?

Ja Nein

16. An welchem Datum wurde empfohlen, dass der Patient die Reisearrangements zu stornieren hat?

___ / ___ / ___

Medizinisches Zertifikat



17. Wenn die Daten in Antwort 7 und 16 abweichen, geben Sie bitte Erklärung:

18. Hat sich der Patient gegen Ihre Beratung entschieden zu reisen?

Ja Nein

Wenn **JA**, geben Sie bitte Einzelheiten:

Ich bestätige, daß die Aussagen, in dieser ärztliche Bescheinigung war und richtig sind.

Arzt Unterschrift:

Datum __ / __ / __

Arzt Name:

Qualifizierung:

Anschrift:

Postleitzahl:

Büro Telefonnummer:

Fax-Nummer:

Handynummer:

Medizinisches Zertifikat



E-Mail Adresse:

Büro Stempel: