



Offen für alle

Bayerische Beamten Versicherung

Travel Protect GmbH
Schadenservice
Alfred-Nobel-Straße 20
97080 Würzburg

Meldung / Versicherungsfall

Reiserücktritts- Reiseabbruchkostenversicherung

Bitte senden Sie dieses Formular innerhalb von 2 Wochen vollständig ausgefüllt und unterzeichnet zurück.

Versicherungsnummer:

Schaden-Nummer.:
wird vom Versicherer ausgefüllt

Versicherungsnehmer

1) Name:
Vorname:
Geburtsdatum: . .
Straße:
PLZ / Ort:
Beruf:
Telefon:
Versichert seit:
E-Mail:

Versicherte Person

2) Name:
Vorname:
Geburtsdatum: . .
Straße:
PLZ / Ort:
Beruf:
Telefon:
Versichert seit:

1. Bitte tragen Sie alle Reisetilnehmer ein, deren Reise storniert oder abgebrochen wurde (ggf. ein Zusatzblatt verwenden):

1. . .
Name, Vorname Geburtsdatum
2. . .
Name, Vorname Geburtsdatum
3. . .
Name, Vorname Geburtsdatum

2. Angaben zur Reise:

Reiseveranstalter Reiseziel

Buchung am geplanter Reisebeginn geplantes Reisende

3a Warum wurde die Reise storniert oder abgebrochen?

- Krankheit Unfall Tod
 Impfunverträglichkeit Schwangerschaft Ladung vor Gericht
 Arbeitslosigkeit Arbeitsaufnahme Warnung des Auswärtigen Amts
- Schaden am Eigentum:** Feuer Vorsätzliche Straftat eines Dritten
 Elementarereignis

3b Welche Person wurde davon betroffen?

. .
Name, Vorname Geburtsdatum

Verwandschaftsverhältnis zu den Reiseteilnehmern

3c Wann ist das Ereignis eingetreten, das zur Stornierung geführt hat?

. .

Wenn die Reise nicht unverzüglich storniert wurde, bitte Begründung für die Verzögerung angeben.

3d Wann wurde die Reise storniert?

. .

4a Bei Krankheit

. . . .
Krankheitsbezeichnung Wann trat die Krankheit auf? Wann wurde der Arzt aufgesucht?

Ambulante Behandlung von ... bis Stationäre Behandlung von ... bis Arbeitsunfähig von ... bis

4b Bei Unfall

Unfalltag Unfallort

Unfallhergang:

Art und Umfang der Verletzungen:

5. Stornokosten

Die Stornokostenrechnung des Reiseveranstalters beträgt: Euro

Dies entspricht % des gebuchten Reisepreises.

6. Die Leistungen der Bayerische Beamten Versicherung AG sollen überwiesen werden am:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Bankinstitut:

Kontoinhaber:

Schweigepflicht – Entbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass die Bayerische Beamten Versicherung AG zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sie aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen der Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht.

Wichtiger Hinweis

Vorsätzlich oder grob fahrlässige unwahre bzw. lückenhafte Angaben können nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes auch dann zum Verlust des Versicherungsanspruches führen, wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht. Durch meine Unterschrift bestätige ich ausdrücklich die Richtigkeit und die Vollständigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich für den Inhalt dieser Anzeige auch dann verantwortlich bin, wenn ich sie nicht selbst ausgefüllt habe.

	x	x
Ort, Datum	Unterschrift versicherte Person (oder Angehöriger)	Unterschrift Versicherungsnehmer

Bitte beifügen:

- Buchungsbestätigung in Kopie
- Original-Stornokostenabrechnung des Reiseveranstalters
- Nachweise zum Grund der Stornierung, wie z.B. Attest, Sterbeurkunde, Nachweis bei Schaden am Eigentum.