

SCHADENMELDUNG REISEGEPÄCK VERSICHERUNG

| | |
|-------------|-------|
| Policen Nr. | Firma |
|-------------|-------|

1. Angaben zur versicherten Person

| | |
|------------|--------------|
| Name | Vorname |
| Adresse | PLZ/Ort |
| Tel. Mobil | Tel. |
| E-mail | Geburtsdatum |

2. Angaben zur Auszahlung - Kontoinhaber erforderlich -

| | |
|-------------|---------------------------|
| Name | Vorname |
| Adresse | PLZ/Ort |
| Bank | PLZ/Ort |
| IBAN | |
| SWIFT/BIC | Konto N° (wenn kein IBAN) |

3. Angaben zum Schaden

| | | | |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| a) Handelt es sich um | <input type="checkbox"/> Diebstahl | <input type="checkbox"/> Beraubung | <input type="checkbox"/> verspätete Auslieferung |
| | <input type="checkbox"/> Verlust | <input type="checkbox"/> Beschädigung | <input type="checkbox"/> Andere Zerstörung |
| b) Wo ist der Schaden entstanden? | Ort: | Land: | |
| | Datum: | Zeit: | |
| c) Wo befand sich das betroffene Reisegepäck zum Zeitpunkt des Schadeneintritts? | | | |
| | | | |
| d) Waren Sie anwesend? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |

4. Details zum Schadenhergang

| | |
|---|------------|
| Welcher Stelle haben Sie den Schaden gemeldet? | |
| <input type="checkbox"/> Polizei in | Datum/Zeit |
| <input type="checkbox"/> Fluggesellschaft (Name, Ort) | Datum/Zeit |
| <input type="checkbox"/> Hotel/Reiseleitung | Datum/Zeit |
| <input type="checkbox"/> Andere: (Name, Ort) | |

5. Bei Diebstahl des Gepäcks aus einem Fahrzeug

(Bitte reichen Sie die Reparaturrechnung des Fahrzeuges oder die Mietwagen-Rechnung und den Polizeirapport ein)

| | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| a) Wo befand sich das Fahrzeug im Zeitpunkt des Schadeneintritts? | | | |
| b) Wann wurde das Fahrzeug dort abgestellt? | Datum | Uhrzeit von | bis |
| c) Wann haben Sie den Diebstahl entdeckt? | Datum | Uhrzeit | |
| d) War das Fahrzeug abgeschlossen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| e) Ist das Fahrzeug teil/vollkaskoversichert? | <input type="checkbox"/> Teilkasko | <input type="checkbox"/> Vollkasko | <input type="checkbox"/> keine Kasko |
| f) Wenn ja, bei welcher Versicherungsgesellschaft? | Policen-Nr. | | |

6. Bei Reisegepäckschäden bei Flugreisen/Zugsreisen
(Bitte folgende Dokumente einreichen)

- Flugtickets/Buchungsbestätigung Polizeirapport bei Diebstahl/Beraubung
- Bestätigung über definitiven Verlust des Gepäcks oder Schadenbestätigung
- Einsendung der beschädigten oder zerstörten Gegenstände auf Anforderung

7. Abhanden gekommene, beschädigte oder zerstörte Gegenstände

Wir benötigen: die Original-Kaufquittung, bei Fehlen den Garantieschein, bei Beschädigung die Reparaturrechnung oder den Kostenvoranschlag

| Bezeichnung der Gegenstände | Schadensart Diebstahl Verlust Beschädigung | Kaufpreis | Kaufdatum | Reparaturkosten |
|-----------------------------|---|-----------|-----------|-----------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |

8. Angaben zu weiteren Versicherungsdeckungen

- Haben Sie eine andere Reiseversicherung? Ja Nein
- Gepäck-Versicherung Hausrat Haftpflicht Gegenpartei Sonstige

Name, Adresse:

- Haben Sie den Schaden bei dieser Gesellschaft schon angemeldet? Ja Nein
- Wurden schon Leistungen erbracht? Ja Nein Umfang

(Wenn ja, bitte Aktenzeichen angeben und Entschädigungsvereinbarung beilegen)

9. Erklärung: Ich bestätige, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich den Anspruch auf Versicherungsleistung verlieren kann, wenn meine Angaben unwahr, unvollständig oder widersprüchlich sind, auch wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht. Ich ermächtige die TSM VERSICHERUNGEN / ASSISTANCE dazu, nötigenfalls Auskünfte zur Schadenregulierung bei Dritten (Reisebüro, Versicherungsgesellschaft, usw.) einzuholen und Angaben an solche Institutionen weiterzuleiten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Bitte senden Sie dieses Formular an folgende Adresse: claims@tsm-assistance.com