

Schadenanzeige		Polizzenummer:	
Heilkosten		Schadensnummer:	
1. Angaben zur betroffenen Person (Bitte vollständig ausfüllen!)			
Name und Vorname			
Straße		Postleitzahl/Ort	
Besitzen Sie eine Kreditkarte mit inkludierter Reiseversicherung? <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> andere _____		Kreditkarten-Nummer (die ersten 12 Ziffern) _____	
Sind Sie Inhaber einer weiteren Reiseversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Welche Versicherung?	
2. Angaben zu Erkrankung/Unfall (Bitte vollständig ausfüllen!)			
Reisedatum dd/mm/yy		Aufenthaltsland zur Zeit der Erkrankung/Unfall	
Welche Diagnose wurde gestellt?			
Bestanden bei Reiseantritt Krankheiten? Wenn ja, welche?			
Wann bemerkten Sie erstmals Anzeichen der Krankheit, zu welcher Kosten geltend gemacht werden?			
Höhe der entstandenen Kosten?	In welcher Währung wurde bezahlt?	Zahlungsart <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Kreditkarte <input type="checkbox"/>	
3. Abtretungserklärung (Bitte vollständig ausfüllen!) Dieser Beleg dient zur Einrichtung bei der gesetzlichen Sozialversicherung.			
Ich bin sozialversichert bei _____ (Name der Sozialversicherung), Adresse _____ mit der Sozialversicherungsnummer _____ und trete sämtliche Forderungen gegenüber meiner Sozialversicherung für den oben genannten Vorfall an AWP P&C S.A., Pottendorfer Straße 23-25, 1120 Wien, ab. Außerdem bevollmächtige ich hiermit die Sozialversicherung, diverse Auskünfte an die AWP P&C S.A.. weiterzugeben, welche die Leistungsauszahlung in diesem Fall betreffen.			
_____ Ort, Datum Unterschrift der/des Versicherten			
Wir erlauben uns darauf hinzuweisen, dass etwaige Refundierungen auf Ihr Konto durch die Sozialversicherung der AWP P&C S.A. zustehen und auf das nachstehend angeführte Bankkonto weiterzuleiten sind. Bereits durchgeführte Vergütungen in Zusammenhang mit dem oben beschriebenen Vorfall sind ebenfalls davon betroffen. Bankverbindung: BA-CA Kto. - BLZ 12000 - IBAN: AT05 1200 0100 2158 8354 - SWIFT: BKAUATWW			
4. Der Auszahlungsbetrag soll angewiesen werden an			
IBAN		BIC	Kontoinhaber
Adresse des Kontoinhabers			
Ort, Datum		Unterschrift	
5. Für eine vollständige Schadenbearbeitung fügen Sie bitte nachstehende Dokumente bei:			
<input checked="" type="checkbox"/> Versicherungsnachweis			
<input checked="" type="checkbox"/> Buchungsbestätigung			
<input checked="" type="checkbox"/> Arzt-/Krankenhaus-/Medikamentenrechnungen in Kopie, inklusive Auszahlungsnachweis der Krankenkasse oder			
<input checked="" type="checkbox"/> Arzt-/Krankenhaus-/Medikamentenrechnungen im Original (Kostenersatz abzüglich 20% Selbstbehalt)			

AWP P&C S.A.
Pottendorfer Straße 23-25; A-1120 Wien
Telefon: +43 1 525 03 6822; Fax: +43 1 525 03 890
schaden@allianz-assistance.at
Datenschutzhinweis:



Gesundheitsdaten gehören einer besonderen Kategorie personenbezogener Daten an. Indem Sie uns anlässlich eines konkreten Versicherungsfalls solche Daten verbunden mit der Bitte um Prüfung und Schadenbearbeitung mitteilen, willigen Sie ausdrücklich ein, dass wir Ihre für die Bearbeitung des Versicherungsfalles erforderlichen Gesundheitsdaten verarbeiten.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Wir weisen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass dann die Leistungspflicht aus dem Versicherungsfall evtl. nicht geprüft werden kann. Ist die Prüfung des Schadenfalls bereits abgeschlossen, können z.B. gesetzliche Aufbewahrungspflichten dazu führen, dass die Daten nicht gelöscht werden.