

## Schadenanzeige Medizinische Reise-Assistance / Heilungskosten / Such- und Bergungskosten

Bitte füllen Sie dieses Schadenformular vollständig und wahrheitsgetreu aus.

### Angaben zum Karteninhaber

Schadenummer: \_\_\_\_\_  
(sofern vorhanden)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Kartenkonto-Nr.: **110** \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: [T,T] [M,M] [J,J,J,J]  
(ersichtlich auf der Monatsabrechnung)

Kartentyp:  Basic  Migros Visa Free / Cumulus  Silber  Gold  Platinum

Kreditkartennummer: [X,X,X,X|X,X,X,X|X,X,X,X| ]

### Angaben zur Auszahlung der Leistungen

IBAN: [ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ]

Name und Adresse des Kontoinhabers (sofern abweichend von oben):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Angaben zum Patienten

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: [T,T][M,M][J,J,J,J] \_\_\_\_\_ Beziehung zum Karteninhaber: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Angaben zur Reisebuchung

Die Reise wurde gebucht am (Datum): \_\_\_\_\_ Art / Zweck der Reise: \_\_\_\_\_

Bei der Reservation handelt es sich um folgende Leistung(en):

- Flug- / Bahn- / Schiffsreise Reiseroute (von / nach) \_\_\_\_\_
- Hotelaufenthalt Hotelname / Ort: \_\_\_\_\_
- Mietwagen Vermieter und Ort: \_\_\_\_\_
- Andere (z. B. Pauschalarrangement) Reiseleistung und Erbringer: \_\_\_\_\_

Reisedatum (von / bis): \_\_\_\_\_

Weitere Angaben zur Reisebuchung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Medizinische Reise-Assistance / Heilungskosten / Such- und Bergungskosten

### Wegen eines medizinischen Notfalls während der Reise:

- sind **Rückreise-, Rücktransport- oder Rückführungskosten** entstanden.
- sind **Such- und Rettungskosten** entstanden.
- sind **Heilungskosten** entstanden.
- wurden gebuchte Leistungen nur teilweise in Anspruch genommen (Reiseunterbruchversicherung).
- sind Unterkunftsmehrkosten entstanden (Reiseunterbruchversicherung).

Art des medizinischen Notfalls:       Krankheit       Unfall       Todesfall

Bitte präzisieren Sie in einer Zusammenfassung die Ereignisse, welche zum Schaden geführt haben  
(wenn nötig Zusatzblatt beifügen):

---

---

---

---

Zeitpunkt / Ort des Schadenereignisses (Datum / Uhrzeit / Ort / Land):

---

War eine Hospitalisierung notwendig?       Ja       Nein

Falls ja, ab welchem Zeitpunkt (inkl. Dauer):

---

Im Falle von Krankheit: Bei welcher Krankenkasse ist der Patient grundversichert?

Policennummer:

---

Bestehen Zusatzversicherungen?       Ja       Nein

Falls ja, bei welchem Versicherer?

Policennummer:

---

Im Falle von Unfall: Bei welcher Unfallversicherung ist der Patient versichert?

Policennummer:

---

Bestehen Zusatzversicherungen?       Ja       Nein

Falls ja, bei welchem Versicherer?

Policennummer:

---

Falls zutreffend: Name, Anschrift und Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers:

Policennummer:

---

Welcher Schaden ist Ihnen aufgrund des medizinischen Notfalls entstanden? Bitte listen Sie die geltend gemachten Kosten auf:

Datum:	Leistung:	Verrechnet von:	Betrag in CHF:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Schadentotal:** \_\_\_\_\_

Mitreisende, die vom medizinisch bedingten Reiseunterbruch betroffen sind:

Name / Vorname:	Adresse:	Geburtsdatum:	Beziehung zum Karteninhaber:
_____	_____	[T,T M,M J,J,J,J]	_____
_____	_____	[T,T M,M J,J,J,J]	_____
_____	_____	[T,T M,M J,J,J,J]	_____
_____	_____	[T,T M,M J,J,J,J]	_____

Besitzen Sie oder eine dieser Personen eine andere Reiseversicherung?  Ja  Nein

Falls ja, wer? \_\_\_\_\_

Bei welcher Gesellschaft (Name / Generalagentur)? \_\_\_\_\_ Policenummer: \_\_\_\_\_

Haben Sie diese über Ihren Fall informiert?  Ja  Nein

Falls ja, wurden Kosten übernommen? Welche? \_\_\_\_\_

**Zwingend erforderliche Beilagen:**

- Buchungsbestätigung
- Monatsabrechnungen mit Transaktionen für die gebuchten Leistungen
- Sonstige Dokumente bzw. offizielle Atteste, welche den Eintritt des Schadens belegen, Quittungen für Auslagen

**Zwingend erforderliche Beilagen (falls zutreffend):**

- Kopie der medizinischen Kostenrechnungen
- Abrechnung der Kranken- oder Unfallversicherung
- Kopie des medizinischen Berichts mit Diagnose / der Sterbeurkunde
- Quittungen für Mehrauslagen
- Abbruchbestätigung / Annullationsrechnung

## Zusatzinformationen, Datum und Unterschrift

Weitere relevante Informationen zu Ihrer Schadenanzeige:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Die / der Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass die obenstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht wurden, wahrheitsgetreu und vollständig sind.**

**WICHTIG:** Die / der Unterzeichnende ermächtigt die Viseca Card Services SA, die für die Vertrags- und Schadenabwicklung notwendigen Kundendaten (insbesondere Personalien sowie Art und Dauer des Kartenvertrags) einschliesslich sämtlicher durch die versicherten Personen eingereichten Unterlagen zu bearbeiten und dem jeweiligen Versicherer (Allianz) sowie Würth Financial Services AG (nachstehend WÜRTH genannt) bekannt zu geben bzw. weiterzuleiten. Dies geschieht ausschliesslich im Rahmen eines gemeldeten Versicherungsfalls zur Prüfung der vom Karteninhaber angemeldeten Versicherungsansprüche. In Fällen, bei welchen eine allfällige Versicherungsdeckung besteht, ermächtigt die / der Unterzeichnende Allianz und WÜRTH die gemachten Angaben zu überprüfen und zu bearbeiten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht und zur Abwicklung des Schadenfalls notwendig sind. Zu diesem Zweck befreit die / der Unterzeichnende Ärzte von ihrer Schweigepflicht und erlaubt Drittpersonen, wie beispielsweise Reiseagenturen, Transportunternehmen usw., weitere Informationen über die Reise zu geben. Der / dem Unterzeichnenden ist bekannt, dass ihre / seine Ermächtigung unabhängig von einer Leistungserbringung seitens Allianz erfolgt. Allianz und WÜRTH verpflichten sich, die erhaltenen Informationen gemäss dem Datenschutzgesetz zu behandeln. Falls erforderlich werden Daten an involvierte Dritte im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, zur Datenbearbeitung übermittelt. Allianz und WÜRTH werden ausserdem ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche Akten Einsicht zu nehmen.

**In unserer Datenschutzerklärung erfahren Sie, wie wir Ihre Daten schützen. Um unsere Datenschutzerklärung zu lesen, klicken Sie bitte [hier](#)**

**Die / der Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass Allianz von der Leistungspflicht befreit ist, wenn die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalls arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder die Höhe der Leistungen von Bedeutung sind.**

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben**

Ich bestätige, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. 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 bin damit einverstanden, wenn die Allianz bei Behörden (Polizei, Gerichte etc.) anderen Versicherungsträgern und relevanten Dritten Auskünfte einholt und Akten einsieht und befreie die Genannten von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht. Soweit mir nicht bereits bekannt, nehme ich zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden, dass die Angaben zum Zweck der Prüfung des Leistungsanspruchs ggf. ganz oder teilweise an externe Dienstleister übermittelt werden können.

**Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht**

Mir ist bekannt, dass Allianz zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht Angaben überprüft, die ich zur Begründung meines Anspruchs mache. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte und ihre Hilfspersonen, die in den von mir vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Behandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar über meinen Tod hinaus. Bezüglich einer bereits früheren Behandlung gilt diese Entbindung von der Schweigepflicht jedoch nur, soweit diese Angaben für die Überprüfung der Leistungspflicht erforderlich sind. Des Weiteren entbinde ich die Vertrauensärzte von Allianz von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Mitarbeitern von Allianz, welche mit der Bearbeitung des angemeldeten Schadenfalls befasst sind. Mir ist bekannt, dass Allianz im Rahmen der Schadenfallbearbeitung ggf. ganz oder teilweise auf Dienstleistungen rechtlich selbständiger Unternehmen der Allianz Gruppe, die vergleichbaren Datenschutzstandards unterliegen, im Inland oder europäischen Ausland zurückgreift; ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich bzw. meinen Schadenfall betreffenden Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten, den erwähnten Dienstleistungsunternehmen zum genannten Zweck zur Bearbeitung übermittelt werden dürfen.

Ort / Datum

Unterschrift des Karteninhabers

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular mit den erforderlichen Beilagen an: [claims.ch@allianz.com](mailto:claims.ch@allianz.com) oder AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Zweigniederlassung Wallisellen (Schweiz), Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen