

## Schadenanzeige Ticketversicherung

Bitte füllen Sie dieses Schadenformular vollständig und wahrheitsgetreu aus.

### Angaben zum Karteninhaber

Schadennummer: \_\_\_\_\_  
(sofern vorhanden)

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

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

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

Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Kartenkonto-Nr.: **110** \_\_\_\_\_  
(ersichtlich auf der Monatsabrechnung)

Geburtsdatum: [ T, T ] [ M, M ] [ J, J, J, J ]

Kartentyp:  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 zur Buchung

Die Veranstaltung wurde gebucht am (Datum): \_\_\_\_\_ Veranstaltungsdatum: \_\_\_\_\_

Folgende Kreditkartentransaktionen (gemäss Kreditkartenabrechnung) entsprechen der gebuchten Leistung:

| Datum: | Name / Ort des Vertragspartners: | Betrag in CHF: | Betrag in Fremdwährung: | Gebuchte Leistung: |
|--------|----------------------------------|----------------|-------------------------|--------------------|
| _____  | _____                            | _____          | _____                   | _____              |
| _____  | _____                            | _____          | _____                   | _____              |
| _____  | _____                            | _____          | _____                   | _____              |
| _____  | _____                            | _____          | _____                   | _____              |

### Die gebuchten Leistungen wurden

vor Veranstaltungsantritt **annulliert**.  Die Veranstaltung wurde verschoben.

Gründe für die Annullierung:

Krankheit / Unfall  Todesfall  andere: \_\_\_\_\_

Bitte präzisieren Sie in einer kurzen Zusammenfassung den Grund der Annullierung bzw. den Grund für Ihre Verhinderung am Verschiebungsdatum:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welcher Schaden ist Ihnen aufgrund der Annullierung entstanden?  
Bitte listen Sie die geltend gemachten Kosten auf:

| Datum: | Leistung (annulliert / nicht beansprucht): | Gebucht bei: | Betrag in CHF: |
|--------|--------------------------------------------|--------------|----------------|
| _____  | _____                                      | _____        | _____          |
| _____  | _____                                      | _____        | _____          |
| _____  | _____                                      | _____        | _____          |
| _____  | _____                                      | _____        | _____          |

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

Personen, die von der Annullierung 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 Ticketversicherung?

Ja       Nein

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

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

Haben Sie diese über Ihren Fall informiert?

Ja       Nein

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

Bei Annullierung infolge **Krankheit / Unfall:**

Wo und wann trat die Krankheit / der Unfall ein?

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: [T,T|M,M|J,J,J,J]

Bei Unfall: Bitte schildern Sie den Unfallhergang inkl. Angaben zu Art / Umfang der Verletzung:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wer war von der Krankheit / dem Unfall betroffen (Ticketinhaber oder nahestehende Person)?  
\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Arzt konsultiert?

Ja  Nein Datum:

Diagnose:

**Zwingend erforderliche Beilagen:**

- Buchungsbestätigung
- Monatsabrechnungen mit Transaktionen für die gebuchten Leistungen
- Sonstige Dokumente bzw. offizielle Atteste, welche den Eintritt des Schadens belegen (detaillierter Arztbericht mit Diagnose etc.)

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

- Bei Verschiebung: Verschiebungsbestätigung

**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.

Ort / Datum

Unterschrift des Karteninhabers