
Angaben zum Unfall

Wo und wann ereignete sich der Unfall?

Ort und Land:

Datum und Uhrzeit:

Personen, die vom Unfall betroffen sind:

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Bitte beschreiben Sie den Unfallhergang ausführlich und genau (wenn nötig, Zusatzblatt beifügen):

Zeugen, die Angaben zum Unfallereignis machen können:

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Bitte beschreiben Sie die Unfallfolgen für die Reiseteilnehmer ausführlich und genau (wenn nötig, Zusatzblatt beifügen):

Sind infolge des Unfalls Transport- und / oder Rettungskosten entstanden?

Falls ja, sind die angefallenen Kosten unten aufzulisten:

Datum:

Art des Transports / der Rettung:

Leistungserbringer:

Gesamtkosten in CHF:

Zwingend erforderliche Beilagen

- Kopie Ihrer Kreditkartenabrechnung der betreffenden Transaktion
- Arztzeugnisse / Arztberichte (Unfallbericht, Polizeirapport usw.)
- Bei Todesfall: Todeszertifikat
- Buchungsbestätigungen der gebuchten Reiseleistungen mit (Transportmittel, Hotel etc.)
- Sonstige Dokumente, welche das Ereignis belegen
- Bei Invalidität: ärztliche Atteste, IV-Entscheid

Bemerkungen:

Die / der Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass die obenstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht wurden, wahrheitsgetreu und vollständig sind. Die unterzeichnete Person ermächtigt die Allianz hiermit, bei Dritten (z. B. Amtsstellen, Auskunftspersonen, Ärzten, Spitälern, Versicherungen) im In- und Ausland diejenigen Informationen einzuholen, die sie zwecks Beratung bzw. Abwicklung des Leistungsfalls benötigt. Der Vollmachtgeber entbindet diese Dritten von einer allfälligen beruflichen oder gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtigt sie zur Herausgabe aller Informationen, die den Vollmachtgeber betreffen.

WICHTIG: In Fällen, bei welchen eine allfällige Versicherungsdeckung besteht, ermächtigt die / der Unterzeichnende die Allianz und Würth Financial Services AG (nachstehend WÜRTH genannt), die gemachten Angaben zu überprüfen und zu bearbeiten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht und zur Abwicklung des Schadenfalls notwendig sind. Allianz bzw. WÜRTH sind befugt, die für die Vertrags- und Schadenabwicklung unmittelbar notwendigen Daten bei involvierten Dritten zu beschaffen und zu bearbeiten. Ebenso gelten die Beteiligten im Rahmen der Vertrags- und Schadenabwicklung als ermächtigt, bei derartigen Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche Akten Einsicht zu nehmen. Die Beteiligten verpflichten sich, die derart erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln. Die Daten werden physisch und / oder elektronisch aufbewahrt. Die / der Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass die Allianz von der Leistungspflicht befreit ist, wenn die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles 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.

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

Ort / Datum

Unterschrift des Karteninhabers

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