

# Schadenanzeige



## Reiserücktrittskostenversicherung - TMG

zurück an:  
 Roland Assistance GmbH  
 Regulierungsstelle Gothaer  
 50664 Köln

Allgemeine Angaben des Versicherungsnehmers	Name		Geburtsdatum	Versicherung Nr.
	Vorname		ausgeübter Beruf	Schaden Nr.
	Straße / Haus-Nr.		<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig	Betreuer
	PLZ / Wohnort		Telefon/privat	
	tagsüber erreichbar		Telefon	
Schadentag und -ort	Schadentag	Uhrzeit	Schadenort / Land	
Grund des Rücktritts	<input type="checkbox"/> <b>Krankheit, Tod oder schwerer Unfall</b> <input type="checkbox"/> des VN <input type="checkbox"/> des Ehegatten <input type="checkbox"/> anderer Angehöriger <b>bei Krankheit:</b> <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> Datum des ersten Auftretens: _____			
	<input type="checkbox"/> Impfunverträglichkeit			
	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft			
	<input type="checkbox"/> Schaden am Eigentum			
	<input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit			
	<input type="checkbox"/> Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses			
	Schweigepflichtentbindung	<input type="checkbox"/> Ich entbinde die behandelnden Ärzte generell von ihrer Schweigepflicht		
<input type="checkbox"/> Ich gebe eine entsprechende Entbindung von der Schweigepflicht nur im Einzelfall ab.				
Behandelnde Ärzte	Name		Anschrift	
	1.			
	2.			
	3.			
Beigefügte Nachweise	<input type="checkbox"/> Buchungsunterlagen			
	<input type="checkbox"/> Stornorechnungen			
	<input type="checkbox"/> Bei Krankheit, Tod, schwerem Unfall und Impfunverträglichkeit: Ärztliches Attest mit genauer Diagnose bzw. Sterbeurkunde			
	<input type="checkbox"/> Bei Schwangerschaft: Ärztliches Attest und Kopie des Mutterpasses			
	<input type="checkbox"/> Bei Schaden am Eigentum: Fotos, Bestätigung eines Sachverständigen oder z. B. des Gebäudeversicherers			
<input type="checkbox"/> Bei Arbeitslosigkeit oder Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses: Bestätigung des Arbeitsamtes				
Bankverbindung	Konto-Nr.		Kontoinhaber (Vorname, Name)	
	Bankleitzahl		Geldinstitut (Name und Ort)	
Obliegenheiten und Unterschrift	Alle vorstehenden Fragen wurden <b>wahrheitsgemäß und vollständig</b> beantwortet. <b>Für die Richtigkeit übernehme ich</b> als Versicherungsnehmer bzw. Mitversicherter <b>die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter</b> (z. B. Vermittler) <b>diese Anzeige für mich ausgefüllt hat.</b> <b>Mir ist bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben oder die Nichtvorlage angeforderter schadens-/leistungsrelevanter Unterlagen</b> zum vollständigen Verlust des Versicherungsschutzes führen können, soweit diese nachteiligen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung haben. Bei <b>grob fahrlässig wahrheitswidrig oder unvollständig gemachten Angaben oder grob fahrlässig unterbliebener Vorlage der Unterlagen</b> kann die Versicherungsleistung entsprechend der Schwere meines Verschuldens <b>gekürzt</b> werden. <b>Dies ist nicht der Fall, wenn ich nachweisen kann, dass ich nicht grob fahrlässig gehandelt habe.</b>			
	Ort / Datum		Unterschrift des Versicherungsnehmer	