

SCHADENSFORMULAR

Bitte füllen Sie das Formular samt Anhang A bzw. B aus:

- A-Formular für folgende Garantieleistungen: Reiserücktritt und Reiseunterbrechung, Einkäufe, Reisegepäckverlust, Reisegepäckverspätung, Aufenthaltsverlängerung, Flugverspätung, verpasster Abflug und Internetversand;
- B-Formular für die Garantieleistungen: Reiseunfall mit Todes- oder Invaliditätsfolge.

Bitte schicken Sie so schnell wie möglich die vorgenannten Formulare vollständig ausgefüllt und unterschrieben per E-Mail an wtw-lu.bcee@willistowerswatson.com, bzw. per Post an folgende Adresse : Willis Towers Watson Luxembourg, 145, rue du Kiem, L-8030 Strassen.

Frau

Herr

Name und Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Vollständige Anschrift : _____

Ruf-Nr. Festnetz : _____ Ruf-Nr. Handy _____

E-Mail-Adresse : _____

Bankverbindug IBAN : _____

Bank : _____

Ehestand :

Ledig

Verheiratet

Verwitwet

Geschieden

Sonstiger

Beruf (freiwillige Angabe) : _____

Der/die Unterzeichnete erklärt hiermit eidestattlich, daß die von ihm/ihr gemachten Angaben stimmen.

Datum : _____ Unterschrift : _____

Datenschutz

Der Versicherungsnehmer und / oder der Versicherte akzeptiert, dass Willis Towers Watson Luxembourg durch dieses Formular oder durch andere Wege die persönlichen Daten, die zwecks Behandlung und/oder Regelung des Schadens notwendig sind, sammelt. Willis Towers Watson Luxembourg wird Ihre persönlichen Daten gemäß Willis Towers Watson Luxembourgs Datenschutzhinweis (auf Anfrage erhältlich), verarbeiten. Die persönlichen Daten, die durch dieses Schadensformular gesammelt werden, können mit Drittparteien geteilt werden, wenn diese Drittparteien an die Behandlung und/oder Regelung des Schadens teilnehmen.

SCHADENSFORMULAR – A-FORMULAR IM FALLE VON MATERIALSCHÄDEN ODER FINANZIELLEN SCHÄDEN

Kartenart :

- MasterCard Blue Miles & More Luxair
- MasterCard Gold Miles & More Luxair
- MasterCard Business Miles & More Luxair
- VISA Premier

Kartennummer : _____

Schadensart :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Einkäufe | <input type="checkbox"/> Internetversand |
| <input type="checkbox"/> Reiserücktritt und Reiseunterbrechung | <input type="checkbox"/> Reisegepäckverspätung |
| <input type="checkbox"/> Reisegepäckverlust | <input type="checkbox"/> Flugverspätung |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsverlängerung | <input type="checkbox"/> Verpasster Abflug |
| <input type="checkbox"/> Restschuldversicherung im Todesfall | |

Art der Reise :

- Private Reise
- Reise zu beruflichen oder kommerziellen Zwecken

Schadensdatum : _____

Schadensort : _____

Kam es zu einem Einsatz der Ordnungskräfte ?:

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche Einheit : _____

Anzeige-Nr. : _____

Nähere Umstände : _____

Liste der dem Antrag beizulegenden Unterlagen (Quittungen, Flugticket, Taxirechnung, usw...)	Datum	Währung	Betrag
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			
		Zwischensumme*	
<i>Finanzielle Entschädigung durch Transportunternehmen/Fluggesellschaft/sonstige Versicherung</i>		Abzüglich :	

* Je eine Zwischensumme pro Währung angeben. Keine Währungsumrechnung durchführen..

Der/die Unterzeichnete erklärt hiermit eidestattlich, daß die von ihm/ihr gemachten Angaben stimmen.

Datum : _____ **Unterschrift :** _____

SCHADENSFORMULAR – B-FORMULAR

IM FALLE VON VERLETZUNGEN WÄHREND EINER REISE
WELCHE ZU EINER BEHINDERUNG ODER ZUM TODE FÜHREN KÖNNEN

Kartenart :

- MasterCard Blue Miles & More Luxair
 MasterCard Gold Miles & More Luxair
 MasterCard Business Miles & More Luxair
 VISA Classic VISA Premier VISA Business
 MasterCard Blue MasterCard Gold MasterCard Gold Worldwide
 MasterCard Business

Karten-Nr. : _____

Schadensart :

- Invalidität Tod

Art der Reise :

- Private Reise Reise zu beruflichen oder kommerziellen Zwecken

Seit wann sind Sie verletzt/krank ?

Datum : _____

Schadensort : _____

Kam es zu einem Einsatz der Ordnungskräfte ?

- Ja Nein

Wenn ja, welche Einheit ? _____

Anzeige-Nr. : _____

Beschreibung der Verletzungen bzw. Beschwerden :

Wann wurden die Erste-Hilfe-Massnahmen durchgeführt ? _____

Name des Arztes, der Sie gepflegt hat : _____

Sind Sie derzeit noch in Behandlung ?

- Ja Nein

Name des behandelnden Arztes :

Anschrift :

Haben Sie einen Facharzt aufgesucht ?:

- Ja Nein

Wenn ja, wann ? _____ Welchen Facharzt ? _____

Hatten Sie die genannten Beschwerden bereits zu einem früheren Zeitpunkt ?

- Ja Nein

Wenn ja, wann zum ersten Mal ? : _____

Der/die Unterzeichnete erklärt hiermit eidestattlich, daß die von ihm/ihr gemachten Angaben stimmen.

Datum : _____ **Unterschrift :** _____