

## SCHADENANZEIGE STORNIERUNG / GEPÄCK / UNFALL / KRANKHEIT

Reiseagentur: .....

Vertragsnummer: .....

### VERSICHERTE

Name des Versicherten

--	--

Vorname des Versicherten

--

Geburtsdatum

	/		/	
--	---	--	---	--

Ortschaft

--

Postleitzahl

	-	
--	---	--

Straße und Hausnummer

--

Geschlecht

Weiblich

Beruf

--

Männlich

Telefon

privat	
beruflich	

Fax

--

GSM

--

E-mail Adresse: .....

### RÜCKERSTATTUNG PER ÜBERWEISUNG

Bank

--	--	--	--	--

Kontonummer

IBAN

--

Kontoinhaber:

- Versicherten     Reiseagentur     Andere

Name und Vorname: .....

Straße und Hausnummer: .....

Ortschaft und Postleitzahl: .....

.....  
 Unterschrift des Begünstigten

### REISE

Reiseziel: .....

Datum der Reservierung

	/		/	
--	---	--	---	--

Datum der Stornierung

	/		/	
--	---	--	---	--

Datum der Abreise

	/		/	
--	---	--	---	--

Datum der Rückfahrt

	/		/	
--	---	--	---	--

Im Falle einer Unterbrechung der Reise oder einer verzögerten Abreise:

Datum der verzögerten Abreise

	/		/	
--	---	--	---	--

Datum der frühzeitigen Rückreise

	/		/	
--	---	--	---	--

### FAKTURIERUNG

Gesamtreisebetrag: ..... EUR

Rücktrittskosten: ..... EUR

Im Voraus bezahlt: ..... EUR

bezahlt am: 

	/		/	
--	---	--	---	--

Saldo: ..... EUR

bezahlt am: 

	/		/	
--	---	--	---	--

# URSACHE DER STORNIERUNG / UNTERBRECHUNG DER REISE / VERZÖGERTEN ABREISE

## Person deren Krankheit / Unfall / Tod die verzögerte Abreise / die frühzeitige Rückreise verursacht hat :

Name

Vorname  Geburtsdatum  /  /

Ortschaft  Postleitzahl  -

Straße un Hausnummer

Beruf

	Telefon	Fax	GSM
privat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
beruflich	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E-mail : .....

Verwandschaftliches Verhältnis zum (zu den) Reisetilnehmer(n) : .....

## Welches ist die Ursache der Stornierung, der verzögerten Abreise, der frühzeitigen Rückreise?

- Krankheit** : Bitte fügen Sie das anliegende ärztliche Attest bei!  
 **Unfall** : Bitte fügen Sie das anliegende ärztliche Attest bei!

Ort : ..... Datum :  /  /

Genauere Beschreibung der Umstände : .....  
 .....

Protokoll?  ja  nein Wenn Ja, N° des Protokolls : ..... erstellt von : .....

Verantwortliche Drittperson ?  ja  nein

Name der verantwortlichen Drittperson

Vorname der verantwortlichen Drittperson

Ortschaft  Postleitzahl  -

Straße und Hausnummer

Anschrift seiner Versicherung

Vertragsnummer

- Todesfall**  
 **Andere Ursachen**

.....  
 .....

## PERSONEN DIE DIE REISE STORNIEREN, UNTERBRECHEN ODER VERSPÄTET ABREISEN MUSSTEN

Name und Vorname	Verwandschaftsgrad zu der Person durch die eine Krankheit, Unfall oder der Tod zur Stornierung, Unterbrechung oder verspätetes Areisen der Reise geführt hat
1) .....	.....
2) .....	.....
3) .....	.....
4) .....	.....

# SCHADENSFALL GEPÄCK

Ort des Schadensereignisses : .....

Datum des Schadensereignisses

/  /

## Genauer Hergang des Schadensereignisses.

.....  
.....  
.....

## Zusätzliche Informationen bei :

### Diebstahl :

Wurde ein Protokoll erstellt ?  ja  nein

Wenn JA, N° des Protokolls ..... erstellt von : .....

### Verlust oder Beschädigung des Gepäcks durch die Fluggesellschaft

Haben Sie von der Fluggesellschaft eine Entschädigung erhalten?  ja  nein

Wenn JA, wie hoch war die Entschädigung? .....EUR

Vollständige Anschrift der Fluggesellschaft : .....

### Gepäckverspätung :

Wartezeit : ..... Stunden

### Beschädigung des Gepäcks durch einen Dritten :

Name des Dritten

Vorname des Dritten

Place of residence

Postal Code  
 -

Street and number

## Auflistung und geschätzter Wert der beschädigten Gegenstände

Bezeichnung der Gegenstände	Kaufpreis neu	Alter der Gegenstände	Vermutliche Schäden
1) .....	.....	.....	.....
2) .....	.....	.....	.....
3) .....	.....	.....	.....
4) .....	.....	.....	.....

## DAS BESCHÄDIGTE GEPÄCK MUSS BIS ZUR ENDGÜLTIGEN SCHADENSREGULIERUNG AUFBEWAHRT WERDEN

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Angaben nach bestem Gewissen gemacht wurden

.....  
Place and date

.....  
Signature of insured person preceded by «Read and approved»

## DIESER SCHADENANZEIGE UNVERZÜGLICH BEIZUFÜGEN SIND :

- Reisevertrag
- Rechnung der Reservierung
- Rechnung der Reiseagentur
- Rechnung der Stornierungskosten
- Im Falle eines Unfalls: ärztliches Attest (gemäß Formular auf nachfolgender Seite), gegebenenfalls von den zuständigen Behörden erstelltes Protokoll
- Im Falle einer Krankheit: ärztliches Attest (letzte Seite)
- Im Todesfall: Sterbeurkunde und Nachweis des Verwandtschaftsverhältnisses
- Im Falle von Diebstahl: Bescheinigung über die Erstattung einer Anzeige, von den zuständigen Behörden erstelltes Protokoll
- Andere Ursachen: Offizielle Dokumente zur Begründung des Antrags

## ÄRZTLICHES ATTEST (VON IHREM BEHANDELNDEN ARZT AUSZUFÜLLEN)

Contract N°

Name des Patienten

Vorname des Patienten

Ortschaft  Postleitzahl  -

Straße und Hausnummer

Geburtsdatum  /  /

Datum der ärztlichen Untersuchung  /  /

Datum der Reservierung  /  /

Reise vom  /  /  bis  /  /

1. Erlaubte es der Gesundheitszustand des Patienten, die geplante Reise durchzuführen oder fortzusetzen?  ja  nein
2. Handelte es sich zum Zeitpunkt der Reisebuchung um eine chronische oder bereits bestehende Krankheit?  ja  nein  
Wenn ja, wie war der Gesundheitszustand des Patienten zu diesem Zeitpunkt?  
 er erlaubte die Durchführung der Reise.  
 die Durchführung der Reise war abzuraten.  
 es war absehbar, dass der Gesundheitszustand am Tag der Durchführung der Reise eine medizinische Behandlung im Zusammenhang mit der Krankheit des Patienten erfordern würde welche die Reise verhindern oder unterbrechen würde.
3. Im falle einer Schwangerschaft, Datum der vorgesehenen Geburt?  /  /
4. Fällt die Krankheit unter eine der folgenden Situationen:  ja  nein
  - depressive Verstimmungen und psychische oder neurologische Krankheiten, die zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht zum ersten Mal aufgetreten sind.
  - Freiwilliger Schwangerschaftsabbruch, bei dem es sich nicht um einen medizinischen Notfall handelt.
  - Selbstmord oder Selbstmordversuch.
  - Trunkenheit oder Rausch, Einfluss von Betäubungsmitteln, halluzinogenen Substanzen, Drogen oder Beruhigungsmitteln, Medikamentenmissbrauch oder Wirkung von Medikamenten, die nicht von einem zugelassenen Arzt verschrieben wurden.

LALUX Assurances wird die personenbezogenen Daten des Versicherten gemäß der Datenschutzrichtlinie verarbeiten, die unter folgender Adresse abrufbar ist: <https://www.lalux.lu/de/datenschutz-1-1674823498/politik-zum-schutz-personenbezogener-daten>

.....  
Lieu et date  Cachet et signature du médecin traitant précédée de  
«Certifié sincère et véritable»

Die Kosten dieses ärztlichen Attests gehen zu Lasten des Patienten.