



## SCHADENMELDUNG

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und legen Sie auch alle relevanten Dokumente bei, damit wir Ihren Antrag schneller bearbeiten können.

### 1. Versicherungsvariante

- Mitgliedsbeitrag-Versicherung
- Veranstaltungs-Rücktrittsversicherung

### 2. Angaben zur versicherten Person

Name und Vorname: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### 3. Postcheckkonto oder Bankverbindung

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

### 4. Zweitversicherung

Haben Sie eine andere Versicherung, welche denselben Schaden deckt? Ja  Nein

Wenn ja, bei welchem Anbieter? \_\_\_\_\_ Policen-Nr. \_\_\_\_\_

### 5. Mitgliedschaftsinformationen

Datum der Mitgliedschaft oder Zahlung des Mitgliedsbeitrags: \_\_\_\_\_

#### Angaben zum Annullierungsgrund

Annullierungsgrund:  Krankheit/Unfall/Tod

anderes: \_\_\_\_\_

Schadeneintrittsdatum: \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie uns eine kurze Zusammenfassung der Situation:

---

---





Welchen Schaden haben Sie erlitten? Bitte geben Sie die anfallenden Kosten an:

Schaden	Betrag in CHF

#### 6. Dokumente und Nachweise

Bitte schicken Sie uns folgende Unterlagen:

- Nachweis des Ereignisses (Arztbericht oder medizinischer Fragebogen, bzw Todesurkunde)
- Reservationsbestätigung – nur für Veranstaltungs-Rücktrittsversicherung
- Annullierungsbestätigung – nur für Veranstaltungs-Rücktrittsversicherung

Hiermit ermächtige ich Europ Assistance, meine Angaben zu überprüfen und zu bearbeiten, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht und zur Abwicklung des Schadenfalles notwendig sind. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte von ihrer Schweigepflicht und erlaube Drittpersonen wie beispielsweise Reiseagenturen, Transportunternehmen etc., weitere Informationen über meine Reiseannullierung zu geben. Mir ist bekannt, dass meine Ermächtigung unabhängig von einer Leistungserbringung seitens von Europ Assistance erfolgt. Europ Assistance und ASGI 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. Europ Assistance wird ausserdem ermächtigt, bei Amtsstellen und Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche Akten Einsicht zu nehmen.

Ich erkläre, alle Angaben nach bestem Wissen und wahrheitsgetreu gemacht zu haben. Mir ist bewusst, dass Europ Assistance von der Leistungspflicht befreit ist, wenn ich als versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arglistig über Umstände zu täuschen versuche, die für den Grund oder die Höhe der Leistungen von Bedeutung sind.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie dieses Formular samt allen Dokumenten an

**Frau India Monnier**

E-Mail : [i.monnier@asgi.ch](mailto:i.monnier@asgi.ch)

oder per Post :

**Association Suisse des Golfeurs Indépendants (ASGI)**

**Closalet 18, CH-1023 Crissier**



