# Schadensformular – Reiseversicherung (DE)

Versicherer: SafeTravel Insurance Co.

Policennummer: TIP-12345

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum des Vorfalls: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort des Vorfalls: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschreibung des Vorfalls:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erforderliche Dokumente:

- Polizeibericht

- Identitätsnachweis

- Unterschriebenes Schadensformular

Erklärung: Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_