

Bitte nicht heften - nur Büroklammern verwenden! Die Unterlagen werden eingescannt

## Versicherungsnehmer

Name	
Adresse	
PLZ	Ort
E-Mail	

## Schadensnr.

(wird von Codan ausgefüllt)

Versicherungsscheinnr.:	9006044872
Tel.	
CPR-Nr./Geburtsdatum	

## Unterschrift

### Erklärung zu den gemachten Angaben Intygande

Hiermit erkläre ich, dass die von mir eingetragenen Antworten und gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind. Mir ist bewusst, dass unrichtige oder verschwiegene Angaben eine Minderung oder den gänzlichen Verlust der Entschädigung zur Folge haben können.

Gleichzeitig erteile ich Codan die Erlaubnis zur Einholung der für die Beurteilung des Schadens sowie die Klärung etwaiger hiermit verbundener Fragen erforderlichen ärztlichen Unterlagen bzw. Informationen. Darüber hinaus stimme ich der Weitergabe dieser Unterlagen bzw. Informationen an andere Gesellschaften zu, an die ebenfalls eine Schadensmeldung erfolgt ist.

Für den Fall, dass eine Schadensmeldung an die Berufsgenossenschaft oder die Polizei erfolgt ist, stimme ich der Einholung von etwaigen Auskünften von dort zu.

### Beurteilung Ihrer Angaben durch Codan

Die von Ihnen gemachten Angaben werden bei Codan erfasst und gespeichert. Codan ist berechtigt, im Hinblick auf die Beurteilung Ihrer Schadensmeldung und des von Ihnen erhobenen Anspruchs über öffentlich zugängliche Medien, Quellen und Zeugen etc. weitere Informationen über Sie und Ihren Schadensfall einzuholen. Die Informationen werden so lange bei Codan gespeichert, wie sie in Relation zu Ihrer Versicherung und den gemeldeten Schäden benötigt werden.

Ort und Datum	Unterschrift
---------------	--------------

<b>Wichtig!</b>	Sollten von Ihnen nicht alle benötigten Angaben und Unterlagen zur Verfügung gestellt werden, verlängert sich dadurch die Sachbearbeitungsdauer. Dies ist darauf zurückzuführen, dass ggf. Rückfragen gestellt werden und der Eingang der Unterlagen abgewartet werden müssen. Hinweis: Die Kosten für ein ärztliches Attest und sonstige Nachweise sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.		
<b>Geschädigter</b>	Name		CPR-Nr./Geburtsdatum
	Adresse		
	PLZ	Ort	
<b>Reise- teilnehmer</b>	<input type="checkbox"/> Ehegatte/Ehegattin bzw. Lebensgefährte/Lebensgefährtin	<input type="checkbox"/> Schwager/Schwägerin	
	<input type="checkbox"/> Kind/Schwiegerkind/Enkelkind	<input type="checkbox"/> Elternteil/Schwiegerelternteil	
	<input type="checkbox"/> Großelternanteil	<input type="checkbox"/> Bruder/Schwester	
	<input type="checkbox"/> Reisebegleiter/-in	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer/-in	
<b>Nur bei Rücktritt auszufüllen</b>	Reisezweck: <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> Geschäftsreise <input type="checkbox"/> Urlaub und Geschäftsreise <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	Wann wurde die Reise gebucht? (Tag/Monat/Jahr)		Reiseziel/Land:
	Geplanter Abreisetag (Tag/Monat/Jahr)	Tag der Heimkehr (Tag/Monat/Jahr)	Wurde die Reise storniert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am (Datum):
<b>Angaben zum Schadensfall</b>	Wann ist der Schaden bzw. die Krankheit eingetreten? (Tag/Monat/Jahr)		Uhrzeit (0-24)
	Datum und Uhrzeit des ersten Arztbesuchs (Tag/Monat/Jahr)		Uhrzeit (0-24)
	Datum und Uhrzeit einer etwaigen stationären Aufnahme (Tag/Monat/Jahr)		Uhrzeit (0-24)

<b>Weitere Versicherungen/ Kreditkarten</b>	Haben Sie eine anderweitige Reiseversicherung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
	Bitte Versicherer und Versicherungsscheinnr. angeben:		Schadensmeldung erfolgt: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	Besteht im Rahmen eines Kreditkartenvertrages eine anderweitige Versicherung (Mastercard, Eurocard, Diners etc.): <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
	Bitte Kreditkarte und Bank angeben (MasterCard, EuroCard, Diners Club etc.)		Kartennr.
Bitte Kreditkartentyp angeben (Standard, Gold, Platinum etc.)			
<b>Zahlung der Reise</b>	<input type="checkbox"/> Kreditkarte* <input type="checkbox"/> Firmenkreditkarte* <input type="checkbox"/> Bar/Banküberweisung <input type="checkbox"/> Visa/EC-Karte * Bei Zahlung mit Kreditkarte/Firmenkreditkarte beachten Sie bitte Folgendes: Ein Nachweis über die Zahlung der Reise per Kreditkarte/Firmenkreditkarte ist beizufügen.		
	Bitte Kreditkarte und Bank angeben (MasterCard, VISA, Diners Club etc.)		Kartennr.
	Bitte Kreditkartentyp angeben (Standard, Gold, Platinum etc.)		
<b>Polizeiliche Anzeige</b>	Wurde der Schaden der Polizei gemeldet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Wurde eine Blutprobe genommen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
	<b>Angaben zum Arzt</b>		
<b>Angaben zum Schadensfall/zur Krankheit</b>	Name des Hausarztes des Geschädigten		
	Adresse		
	PLZ	Ort	
	Detaillierte Beschreibung des Ereignisses. Bei Bedarf gesondertes Blatt beifügen.		
Hatten Sie bereits früher die gleichen Symptome/dieselbe Krankheit? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Tag/Monat/Jahr)			
<b>Entschädigungsanspruch</b> Im Hinblick auf Entschädigung sind Originalnachweise beizufügen	Ermittlung des Anspruchs:		Währung
			Betrag
<b>Bankverbindung</b>	Für die etwaige Schadensregulierung bitte Ihre IBAN-Nummer angeben. Die Daten werden vertraulich behandelt.		
	Bank	IBAN	Kartennr.

**Die Schadensmeldung ist einzusenden an:**

Codan, Gammel Kongevej 60, DK-1790 Kopenhagen V, Dänemark  
oder an rejs@codan.dk.

Vergessen Sie nicht, Ihren Entschädigungsanspruch zu ermitteln und aufzuschlüsseln, z. B. „Flugtickets, DKK 4.000“, „Arztbesuch von xxx, USD 70“.

**Beim Einreichen der Schadensmeldung sind folgende Unterlagen beizufügen:**

- Reisedokumente und/oder Flugtickets

- Originalnachweise für den Entschädigungsanspruch, z. B. ärztliches Attest und Arztrechnungen
- Nachweis darüber, dass die Reise per Kreditkarte und/oder Firmenkreditkarte bezahlt wurde, falls zutreffend.

**Bei Reiserücktritt ist Folgendes beizufügen:**

- Nachweis über den Reisepreis (Transport, Hotelübernachtungen und sonstige Veranstaltungen)
- Etwaige Nachweise des Reiseveranstalters mit Angabe der Rückerstattung.