

## SCHADENSFORMULAR Visa Infinite

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.spuerkeess@willistowerswatson.com](mailto:wtw-lu.spuerkeess@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: \_\_\_\_\_

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

Bank: \_\_\_\_\_

Ehestand:

Ledig

Verheiratet

Verwitwet

Geschieden

Sonstiger

Beruf (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_

**Der/die Unterzeichnete erklärt hiermit eidesstattlich, 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: VISA Infinite

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                         | <input type="checkbox"/> Bargeld Diebstahl        |
| <input type="checkbox"/> Sportausrüstung   | <input type="checkbox"/> Erweiterung der Garantie |
| <input type="checkbox"/> Erlass der Selbstbeteiligung bei Anmietung eines Mietwagens |   |

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)			
		<b>Zwischensumme*</b>	
<i>Finanzielle Entschädigung durch Transportunternehmen/Fluggesellschaft/sonstige Versicherung</i>		<b>Abzüglich</b>	

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

**Der/die Unterzeichnete erklärt hiermit eidesstattlich, 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: VISA Infinite

Karten-Nr.: \_\_\_\_\_

Schadensart:

Invalidität  Tod

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 eidesstattlich, dass die von ihm/ihr gemachten Angaben stimmen.*

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