



SCHADENSFORMULAR

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, 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 Versicherte nimmt zur Kenntnis, dass Willis Towers Watson Luxembourg die mit diesem Antragsformular oder später mit anderen Mitteln übermittelten personenbezogenen Daten erhebt, die für die Bearbeitung und Regulierung des betreffenden Anspruchs erforderlich sind. Es kann sein, dass der Versicherte medizinische Daten vorlegen muss, um seinen Anspruch zu begründen.

Willis Towers Watson Luxembourg verarbeitet die personenbezogenen Daten des Versicherten in Übereinstimmung mit dem Datenschutzhinweis von Willis Towers Watson Luxembourg, der Informationen darüber enthält, wie der Versicherte seine Rechte ausüben kann <https://www.wtwco.com/fr-LU/Notices/politique-de-confidentialite-insurance-brokerage>.

Die mit diesem Antragsformular erhobenen personenbezogenen Daten können an Dritte außerhalb von Willis Towers Watson weitergegeben werden, wenn diese Dritten an der Bearbeitung und/oder Abwicklung



SCHADENSFORMULAR

des Antrags beteiligt sind, wie nachstehend und in unseren Datenschutzhinweisen beschrieben.

Die folgenden Daten: Vor- und Nachname des Versicherten, Adresse, Staatsangehörigkeit, Geburtsdatum werden von WTW Global Delivery and Solutions India Private Limited ("WTW Mumbai"), einem Unternehmen der WTW-Gruppe mit Sitz in Mumbai (Indien), zum Zweck der Überprüfung der Identität des Versicherten und zur Durchführung von Due-Diligence-Prüfungen gemäß den Sanktions- und Geldwäschebekämpfungsgesetzen verarbeitet. WTW Mumbai tauscht zu den oben genannten Due-Diligence-Zwecken Informationen mit Regulatory DataCorp Limited aus, einem globalen Datenanbieter mit Sitz im Vereinigten Königreich und Wales und der Hauptgeschäftsstelle in 6 Lloyd's Avenue, London, EC3N 3AX. Willis Towers Watson Luxemburg bleibt für die Vertraulichkeit dieser Daten verantwortlich.

Der Versicherte gestattet Willis Towers Watson Luxemburg ausdrücklich, seine Daten, einschließlich personenbezogener Daten, wie Name/Nachname, Adresse, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit, Beruf, Informationen im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag in dem von unserem in Belgien ansässigen IT-Dienstleister bereitgestellten Maklerverwaltungsprogramm zu speichern. Diese Daten werden von diesem IT-Dienstleister nicht verarbeitet, es sei denn, dies ist für die Wartung des Maklerverwaltungssystems erforderlich.

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an RGPD@willistowerswatson.com.

Der Versicherte erklärt sich mit der Übermittlung der oben aufgeführten Daten durch Willis Towers Watson Luxemburg an WTW Mumbai und von WTW Mumbai an Regulatory DataCorp Limited einverstanden, damit WTW Luxemburg die Anforderungen des AMLCTF-Gesetzes erfüllen kann, sowie mit dem Hosting seiner personenbezogenen Daten durch unseren in Belgien ansässigen IT-Dienstleister.

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars erklärt sich der Versicherte ausdrücklich mit der Verarbeitung seiner medizinischen Daten einverstanden, wie sie in diesem Formular und in der Datenschutzerklärung von Willis Towers Watson Luxemburg beschrieben ist.



SCHADENSFORMULAR – A-FORMULAR
IM FALLE VON MATERIALSCHÄDEN ODER FINANZIELLEN SCHÄDEN

Kartenart:

- Miles & More Luxair Visa
- Miles & More Luxair Visa Business
- Visa Premier
- Visa Classic

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"/> Erlass der Selbstbeteiligung bei Anmietung eines Mietwagens | |

Art der Reise:

- Private Reise
- Reise zu beruflichen oder kommerziellen Zwecken

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

* 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:

- Miles & More Luxair Visa Miles & More Luxair Visa Business
 Visa Classic Visa Premier Visa Business

Karten-Nr.: _____

Schadensart:

- Invalidität Tod

Art der Reise:

- Private Reise Reise zu beruflichen oder kommerziellen Zwecken

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:** _____