

Schadenmeldung Reiserücktrittversicherung

DPSG-Ebene: _____:

Stammesnummer: _____ Telefon: _____

Name, Vorname: _____ Fax: _____

Straße: _____ E-Mail: _____

PLZ, Ort: _____

Wer tritt von der Reise zurück: _____

Ab wann wurde Sie krank geschrieben: _____

Welche Buchungen konnten Sie nicht mehr zurück gehen lassen: _____

Originalrechnungen:

Stornogebühr Betrag: _____

Gesamtrückerstattung: _____

Trifft Sie, eine mitversicherte oder andere Personen Schuld an dem Vorfall?

NEIN JA Wenn JA, wen: _____

Warum trifft diese Person Schuld: _____

An wenn soll der Schaden ausbezahlt werden

Kontonummer: _____ Kontoinhaber/in: _____

Bankleitzahl: _____ Institut: _____

Bitte der Schadenmeldung beilegen:

- alle Forderungen bitte mit der original Rechnung belegen
- ein ärztliches Attest
- die Bestätigung der Eltern oder von der Person selbst,
dass Sie an der Fahrt nicht teilnehmen können

Die o.g. Angaben wurde alle wahrheitsgemäß beantwortet.

Datum: _____ Unterschrift: _____
Leiter / Stammesvorstand

Zurücksenden an:

STEDO Assekuranzbüro GmbH
Schadenabteilung
Ostendstr. 198
90482 Nürnberg
Telefon: 0911/9541995 Telefax: 0911/9541999
E-Mail: info@stedo.com