



Anfrage für personenbezogene Hilfeleistung

Bitte füllen Sie alle Spalten in Druckschrift aus.

TCS-Mitglieder-Nr.: _____

Dossier-Nr.: _____

1 Persönliche Daten des Inhabers

Name: _____

Tel. Geschäft: _____

Vorname: _____

Tel. Privat: _____

Strasse, Nr.: _____

Natel: _____

PLZ, Ort: _____

2 Schadenart

Unfall

Krankheit

Todesfall

Anderes (bitte angeben) _____

Datum und Ort des Ereignisses: _____

3 Art der Leistung

Vorzeitige Rückreise

Verlängerter Aufenthalt

Heimschaffung per Sanitätstransport

Anderes (bitte angeben) _____

4 Angaben zu der (den) erkrankten Person(en)

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, Nr.: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

PLZ, Ort: _____

Krankenversicherung: _____

Krankenversicherung: _____

Policen-Nr.: _____

Policen-Nr.: _____

Zusatzversicherung: _____

Zusatzversicherung: _____

Policen-Nr.: _____

Policen-Nr.: _____

4.1 Angaben zu der (den) verletzten Person(en)

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, Nr.: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

PLZ, Ort: _____

Unfallversicherung: _____

Unfallversicherung: _____

Policen-Nr.: _____

Policen-Nr.: _____

Zusatzversicherung: _____

Zusatzversicherung: _____

Policen-Nr.: _____

Policen-Nr.: _____

4.2 Angaben zu der (den) verstorbenen Person(en)

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, Nr.: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

PLZ, Ort: _____

Grundversicherung: _____

Grundversicherung: _____

Policen-Nr.: _____

Policen-Nr.: _____

Zusatzversicherung: _____

Zusatzversicherung: _____

Policen-Nr.: _____

Policen-Nr.: _____

5 Mehrkosten

Bitte senden Sie uns eine ausführliche Liste der Mehrkosten mit den dazugehörigen Originalbelegen zu.

5.1 Post- oder Bankverbindung

Postscheckkonto: _____

Name des Kontoinhabers: _____

Bankkonto-Nr.: _____

Name der Bank: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

6 Erforderliche Unterlagen

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopie des Reisearrangements | <input type="checkbox"/> Arztzeugnis / Bestätigung des Spitalaufenthaltes |
| <input type="checkbox"/> Die nichtbenutzten Originalbillette der Verkehrsmittel | <input type="checkbox"/> Totenschein / Todesanzeige |
| <input type="checkbox"/> Kopie der Abrechnung vom Reisebüro / des Vermieters für den nichtbenutzten Aufenthalt | <input type="checkbox"/> Kopie des Mietvertrages |
| | <input type="checkbox"/> Die neuen Reisebillette im Original |

7 Art der Arrangementbezahlung

Falls die Zahlung durch eine Kreditkarte ausgeführt wurde, wollen Sie uns bitte angeben mit welcher

- Mastercard Visa American Express
 Andere (bitte angeben) _____

8 Falls Ihr Fahrzeug zur Rückführung bestimmt ist

Standort im Ausland

Name der Garage: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Land / Provinz oder Region: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Lieferort in der Schweiz

Name der Garage: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

9 Standort der

Kennzeichen

In der Garage

Schlüssel

In der Garage

Fahrzeugausweis

In der Garage

Grüne Karte

In der Garage

Anderes

(bitte angeben) _____

(bitte angeben) _____

(bitte angeben) _____

(bitte angeben) _____

10 Beschreibung

Geben Sie bitte eine kurze Beschreibung des Vorfalles an: _____

11 Bestätigung und Vollmacht

Wenn ich gegenüber einem Dritten Ansprüche erheben kann, welche Leistungen entsprechen, die ihm vom TCS, der TCS Versicherung oder der Assista erbracht wurden, so muss ich diese Ansprüche an letztere abtreten.

Der Unterzeichnete bestätigt, dass die auf diesem Formular aufgeführten Angaben vollständig sind der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum: _____

Unterschrift des Berechtigten: _____

Vollständig ausgefüllt und unterzeichnet an unten stehende Adresse senden.