

**Schadenanzeige zur
Reisepreis – Versicherung
MEDIWELT Reisen GmbH**

**Abwicklungsstelle bei Reise-Insolvenzen
für die Zurich Insurance plc. Frankfurt**

KAERA Aktiengesellschaft
Industriestr. 4-6, 61440 Oberursel
Tel. 06172 - 99 76 11 23
mediwelt@kaera-ag.de, www.kaera-ag.de

Schaden Nr: 811.....(nur für Interne-Vermerke)

Wer hat die Reise gebucht?

Vorname und Nachname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Beruf: _____ Geb.-Datum: _____

Telefon privat _____ dienstlich: _____

Email-Adresse: _____

**Bitte geben Sie die Namen alle ReisetTeilnehmer an:
Vorname, Nachname**

1. _____ Geb.-Datum: _____

2. _____ Geb.-Datum: _____

3. _____ Geb.-Datum: _____

4. _____ Geb.-Datum: _____

Angaben zur gebuchten Reise:

Die Buchung erfolgte am: ____/____/____/ (genaues Datum angeben) Buchungs-Nr.: _____

Reiseziel: _____

Reisedauer von: ____/____/201__ bis ____/____/201__

Reisepreis pro Person: _____ € Gesamtreisepreis: _____ €

Wurde eine Reiserücktrittskostenversicherung gebucht ja nein falls ja, bei welchem Versicherer:

Angaben zur Zahlung des Reisepreises:

Geleistete **Anzahlung:** ja/O nein am: _____ Höhe: EUR: _____
Bitte reichen Sie hier den entsprechenden Nachweis (Kontoauszug) ein, vielen Dank.

Geleistete **Restzahlung:** ja/O nein am: _____ Höhe: EUR: _____
Bitte reichen Sie hier den entsprechenden Nachweis (Kontoauszug) ein, vielen Dank.

