

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Versicherer: **FOYER ASSURANCES S.A.**
12, rue Léon Laval
L-3372 LEUDELANGE

Kartenherausgeber: **BANQUE RAIFFEISEN S.C.**
4, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange

Karteninhaber:

Name: _____

Adresse: _____

Kartentyp des Karteninhabers zum Zeitpunkt des Schadensfalls (bitte ankreuzen):

- VISA Basic** **VISA Classic** **VISA Gold** **VISA Platinum**
 Mastercard Web **Mastercard Gold** **VISA Premier**

Kartennummer [] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] []

Versicherte Person:

• Name und Vorname: _____

• Adresse: _____

• Geburtsdatum: [] [] / [] [] / [] [] [] []

• Telefon privat/berufl.: _____

• E-Mail: _____

ERSTATTUNG

Erstattung (s. Bedingungen der Police)

Ihre Kontonummer bei BANQUE RAIFFEISEN _____

(International Banking Account Number) _____

- SWIFT (BIC) CCRALULL

SCHADENSFALL
(vom Karteninhaber auszufüllen)

Datum des Schadensfalls / Schaden: ___/ ___/ ____

Ort und Umstände des Schadensfalls / Schadens:

Beschreibung:

Entschädigungsmöglichkeiten und bereits ergriffene Maßnahmen:

Gibt es ein Klagerecht / Rückgriffsrecht gegenüber einem Dritten?

Haben Sie in dieser Hinsicht selbst Maßnahmen ergriffen?

Schutz personenbezogener Daten

Gemäß der EU-Verordnung 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr ermächtigt der Karteninhaber Foyer Assurances zur Speicherung und Verarbeitung der Daten, die er Foyer Assurances mitgeteilt hat, sowie der Daten, die er zu einem späteren Zeitpunkt übermitteln wird, um die Risiken einzuschätzen, den/die Versicherungsvertrag(-verträge) vorzubereiten, aufzusetzen, zu verwalten, auszuführen, eventuelle Schadensfälle abzuwickeln und Betrug zu verhindern.

Diese Daten werden nicht für kommerzielle Werbezwecke verarbeitet. Die Verarbeitung von Daten zu Werbezwecken erfolgt ausschließlich mit Zustimmung der betroffenen Person. Die betroffene Person behält ein Rücktrittsrecht und kann jederzeit der Verarbeitung ihrer Daten für solche Zwecke widersprechen, die nicht im Zusammenhang mit ihren aktuellen Produkten oder der Direktvermarktung stehen.



Der für die Verarbeitung Verantwortliche ist Foyer Assurances. Die Gesellschaft kann diese Daten in den Fällen und zu den Bedingungen, die in Artikel 300 des geänderten Gesetzes vom 7. Dezember 2015 über den Versicherungssektor zur Einführung des Versicherungsgeheimnisses in seiner geänderten Fassung festgelegt sind, an Dritte weitergeben.

Der Karteninhaber hat das Recht auf Zugang und Änderung der ihn betreffenden Daten, das er mit schriftlichem Antrag an die Adresse des für die Verarbeitung Verantwortlichen ausüben kann.

Die Speicherfrist ist auf die Dauer des Versicherungsvertrages und auf den Zeitraum beschränkt, für den diese Daten gespeichert werden müssen, damit Foyer Assurances ihren Verpflichtungen entsprechend den Verjährungsfristen oder anderen gesetzlichen Verpflichtungen nachkommen kann.

In Übereinstimmung mit den Vorschriften verarbeitet Foyer Assurances keine speziellen Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere keine sensible Daten wie z.B. Gesundheitsdaten. Wenn solche Daten insbesondere für Entschädigungszwecke verarbeitet werden müssen, wird stets Ihre vorherige und ausdrückliche Zustimmung eingeholt, außer bei gesetzlichen Ausnahmen, etwa der Wahrung lebenswichtiger Interessen oder der Wahrung eines berechtigten Interesses.

Foyer Assurances S.A. hat einen Datenschutzbeauftragten ernannt, der auf dem Postweg unter der Adresse des für die Verarbeitung Verantwortlichen oder per E-Mail unter dataprotectionofficer@foyer.lu kontaktiert werden kann.

Erklärung der versicherten Person

Der/die Unterzeichnete erklärt, dass er/sie die Fragen korrekt beantwortet hat und dass alle angegebenen Informationen zutreffend sind. Der/die Unterzeichnete bestätigt ferner, dass keine Informationen über den Schadensfall und über die Umstände, die zu dem Schadensfall geführt haben, ausgelassen wurden.

Datum und Unterschrift der versicherten Person

<p>Ihre Akte kann nach Erhalt einer ordnungsgemäß ausgefüllten Schadensmeldung, der Original-Kostenrechnungen und der erforderlichen Belege bearbeitet werden. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und alle erforderlichen Dokumente so rasch wie möglich an FOYER ASSURANCES SA, 12, rue Léon Laval, L-3372 LEUDELANGE.</p>

BELEGE - ERWEITERUNG HERSTELLERGARANTIE

Mastercard WEB	VISA Classic	VISA Gold	Mastercard Gold	VISA Premier	VISA Platinum
----------------	--------------	-----------	-----------------	--------------	---------------

Bitte benachrichtigen Sie den Versicherer und holen Sie seine Genehmigung ein, bevor Sie Reparaturleistungen in Anspruch nehmen.

Kaufpreis der Ware: _____ EUR

Datum des Kaufs oder der Lieferung Ware: ___/___/_____

Dokumente, die diesem Formular beizufügen sind

- Original oder Kopie der Kaufrechnung oder des Zahlungsbelegs der versicherten Ware,
- Kopie der von BANQUE RAIFFEISEN ausgestellten VISA-/Mastercard-Abrechnung, die den Kauf der versicherten Ware mit Ihrer VISA-/Mastercard-Karte bescheinigt,
- Im Falle eines Unfallschadens: Kostenvoranschlag oder Original-Reparaturrechnung mit einer Bescheinigung des Verkäufers, aus der die Art der Schäden hervorgeht, und die gegebenenfalls bestätigt, dass eine Reparatur der Ware nicht möglich ist,
- Kopie der ursprünglichen Garantie.

Erklärung der versicherten Person

Der/die Unterzeichnete erklärt, dass die vorstehenden Angaben vollständig, richtig und ausschließlich auf den Schadensfall bezogen sind und dass die Kosten keinem anderen Versicherer gemeldet wurden. Der Unterzeichner ermächtigt die Gesellschaft hiermit, die Kosten von einem verantwortlichen Dritten zurückzufordern.

Datum und Unterschrift der versicherten Person

**Ihre Akte kann nach Erhalt einer ordnungsgemäß ausgefüllten Schadensmeldung, der Original-Kostenrechnungen und der erforderlichen Belege bearbeitet werden.
Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und alle erforderlichen Dokumente so rasch wie möglich an FOYER ASSURANCES SA, 12, rue Léon Laval, L-3372 LEUDELANGE.**

BELEGE - LIEFERUNG VON WAREN, DIE IM INTERNET GEKAUFT WURDEN

Mastercard WEB	VISA Basic	VISA Classic	VISA Gold	Mastercard Gold	VISA Premier	VISA Platinum
----------------	------------	--------------	-----------	-----------------	--------------	---------------

Anschaffungswert der Ware: _____ EUR

- Nichtlieferung
 Falschlieferrung

Kaufdatum: ___/___/_____

Dokumente, die diesem Formular beizufügen sind

- Ein Ausdruck des Bestellnachweises (E-Mail), jede Bestätigung der Annahme der Bestellung durch den Händler oder ein Ausdruck der Bildschirmseite der Bestellung,
- Kopie der von BANQUE RAIFFEISEN ausgestellten VISA-/Mastercard-Abrechnung, die den Kauf der versicherten Ware mit Ihrer VISA-/Mastercard-Karte bescheinigt,
- Im Falle der Lieferung durch einen Spediteur: den Lieferschein,
- Im Falle einer Postsendung: die in Ihrem Besitz befindliche Sendungsverfolgung,
- Im Falle der Rücksendung der durch die Versicherung gedeckten Ware an den Händler, der Nachweis über die Höhe der Versandkosten mit Empfangsbestätigung.

Erklärung der versicherten Person

Der/die Unterzeichnete erklärt, dass die vorstehenden Angaben vollständig, richtig und ausschließlich auf den Schadensfall bezogen sind und dass die Kosten keinem anderen Versicherer gemeldet wurden. Der Unterzeichner ermächtigt die Gesellschaft hiermit, die Kosten von einem verantwortlichen Dritten zurückzufordern.

Datum und Unterschrift der versicherten Person

Ihre Akte kann nach Erhalt einer ordnungsgemäß ausgefüllten Schadensmeldung, der Original-Kostenrechnungen und der erforderlichen Belege bearbeitet werden. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und alle erforderlichen Dokumente so rasch wie möglich an FOYER ASSURANCES SA, 12, rue Léon Laval, L-3372 LEUDELANGE.

BELEGE - SCHUTZ DER EINKÄUFE

Mastercard WEB

VISA Classic

VISA Gold

Mastercard Gold

VISA Premier

VISA Platinum

Ausführliche Beschreibung der Umstände des Unfalls

Bei Diebstahl:

- Datum, an dem der Diebstahl bei der lokalen Behörde angezeigt wurde: ___/___/____
- Adresse der lokalen Behörde: _____
- Nummer des Protokolls: _____

Kaufpreis der gestohlenen oder beschädigten Ware: _____ EUR

Datum des Kaufs oder der Lieferung Ware: ___/___/____

Dokumente, die diesem Formular beizufügen sind

- Protokoll,
- Rechnung, Verkaufsbeleg oder jedes andere Dokument, anhand dessen die versicherte Ware, ihr Kaufpreis und das Kaufdatum identifiziert werden kann,
- Kopie der von BANQUE RAIFFEISEN ausgestellten VISA-/Mastercard-Abrechnung, die die Bezahlung der versicherten Ware mit Ihrer VISA-/Mastercard-Karte bescheinigt,
- Im Falle eines Unfallschadens: Kostenvoranschlag oder Original-Reparaturrechnung mit einer Bescheinigung des Verkäufers, aus der die Art der Schäden hervorgeht und die gegebenenfalls die Unmöglichkeit der Reparatur bestätigt.

Erklärung der versicherten Person

Der/die Unterzeichnete erklärt, dass die vorstehenden Angaben vollständig, richtig und ausschließlich auf den Schadensfall bezogen sind und dass die Kosten keinem anderen Versicherer gemeldet wurden. Der Unterzeichner ermächtigt die Gesellschaft hiermit, die Kosten von einem verantwortlichen Dritten zurückzufordern.

Datum und Unterschrift der versicherten Person

Ihre Akte kann nach Erhalt einer ordnungsgemäß ausgefüllten Schadensmeldung, der Original-Kostenrechnungen und der erforderlichen Belege bearbeitet werden. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und alle erforderlichen Dokumente so rasch wie möglich an FOYER ASSURANCES SA, 12, rue Léon Laval, L-3372 LEUDELANGE.

BELEGE - REISEVERSICHERUNG

VISA Gold

Mastercard Gold

VISA Premier

VISA Platinum

Datum, an dem die Reise gebucht wurde: ___/___/_____

Datum, an dem die Reise storniert wurde: ___/___/_____

Gesamtbetrag der Stornokosten: _____ EUR

Dokumente, die diesem Formular beizufügen sind

- Buchungsbestätigung,
- Arztbericht,
- Nachweis über erhebliche Schäden an den Immobilien (falls zutreffend),
- andere Dokumente, die belegen, warum die Reise storniert werden musste,
- Bedingungen für die Stornierung des Reisevertrags,
- **Original**-Stornorechnung,
- Kopie der von BANQUE RAIFFEISEN ausgestellten VISA-/Mastercard-Abrechnung, die die Bezahlung der versicherten Reise mit Ihrer VISA-/Mastercard-Karte bescheinigt.

Erklärung der versicherten Person

Der/die Unterzeichnete erklärt, dass die vorstehenden Angaben vollständig, richtig und ausschließlich auf den Schadensfall bezogen sind und dass die Kosten keinem anderen Versicherer gemeldet wurden. Der Unterzeichner ermächtigt die Gesellschaft hiermit, die Kosten von einem verantwortlichen Dritten zurückzufordern.

Datum und Unterschrift der versicherten Person

Ihre Akte kann nach Erhalt einer ordnungsgemäß ausgefüllten Schadensmeldung, der Original-Kostenrechnungen und der erforderlichen Belege bearbeitet werden. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und alle erforderlichen Unterlagen so rasch wie möglich an FOYER ASSURANCES SA, 12, rue Léon Laval, L-3372 LEUDELANGE.

BELEGE - VERSÄUMTE VERANSTALTUNG

VISA Classic	VISA Gold	Mastercard Gold	VISA Premier	VISA Platinum
---------------------	------------------	------------------------	---------------------	----------------------

Buchungsdatum:

□□ / □□ / □□□□

Datum der Absage:

□□ / □□ / □□□□

Gesamtbetrag der Kosten:

□ . □□□□ , □□ €

Dokumente, die diesem Formular beizufügen sind

- die Original- oder die ausgedruckten Eintrittskarten (E-Ticket),
- Arztbericht,
- Nachweis über erhebliche Schäden an den Immobilien (falls zutreffend),
- andere Dokumente, die belegen, warum die Veranstaltung abgesagt werden musste,
- Bedingungen für die Stornierung des Vertrags,
- Haushaltszusammensetzung, wenn der Antrag mehrere, durch die Versicherung gedeckte Passagiere betrifft,
- Kopie Ihrer Visa-Abrechnung (falls noch nicht vorhanden, bitte sofort nach Erhalt zusenden),

Erklärung der versicherten Person

Der/die Unterzeichnete erklärt, dass die vorstehenden Angaben vollständig, richtig und ausschließlich auf den Schadensfall bezogen sind und dass die Kosten keinem anderen Versicherer gemeldet wurden. Der Unterzeichner ermächtigt die Gesellschaft hiermit, die Kosten von einem verantwortlichen Dritten zurückzufordern.

Datum und Unterschrift der versicherten Person

Ihre Akte kann nach Erhalt einer ordnungsgemäß ausgefüllten Schadensmeldung, der Original-Kostenrechnungen und der erforderlichen Belege bearbeitet werden. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und alle erforderlichen Unterlagen so rasch wie möglich an FOYER ASSURANCES SA, 12, rue Léon Laval, L-3372 LEUDELANGE.

BELEGE - VERSICHERUNGSDECKUNG FÜR DIE MIETWAGEN-SELBSTBETEILIGUNG

VISA Gold	Mastercard Gold	VISA Premier	VISA Platinum
-----------	-----------------	--------------	---------------

Datum an dem der Mietvertrag wirksam wird: / /

Datum, an dem der Mietvertrag endet: / /

Datum, an dem der Schadensfall bei der lokalen Behörde angezeigt wurde: / /

Name, Anschrift und Kontaktdaten der zuständigen Behörde

Nummer des Protokolls

Name und Anschrift der Unfallzeugen (soweit vorhanden)

Dokumente, die diesem Formular beizufügen sind

- Kopie der Schadensanzeige der lokalen Behörde / des Protokolls,
- Kopie des Mietvertrags,
- Kopie der Rechnung der Autovermietungsgesellschaft, auf welcher die Selbstbeteiligung angegeben ist,
- Eine Kopie Ihrer Visa-Abrechnung, die die Bezahlung der gesamten Kosten für die Fahrzeugmiete mit Ihrer Visa-Karte bescheinigt (falls nicht vorhanden, legen Sie bitte eine Kopie Ihrer Quittung vor).

Erklärung der versicherten Person

Der/die Unterzeichnete erklärt, dass die vorstehenden Angaben vollständig, richtig und ausschließlich auf den Schadensfall bezogen sind und dass die Kosten keinem anderen Versicherer gemeldet wurden. Der Unterzeichner ermächtigt die Gesellschaft hiermit, die Kosten von einem verantwortlichen Dritten zurückzufordern.

Datum und Unterschrift der versicherten Person

Ihre Akte kann nach Erhalt einer ordnungsgemäß ausgefüllten Schadensmeldung, der Original-Kostenrechnungen und der erforderlichen Belege bearbeitet werden. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und alle erforderlichen Unterlagen so rasch wie möglich an FOYER ASSURANCES SA, 12, rue Léon Laval, L-3372 LEUDELANGE.

BELEGE - MOBILTELEFON-DIEBSTAHL

VISA Premier

VISA Platinum

Ausführliche UmständeDatum, an dem der Diebstahl bei der lokalen
Behörde angezeigt wurde:

--	--	--

 /

--	--	--

 /

--	--	--	--	--

Adresse der lokalen Behörde: _____

Nummer des Protokolls: _____

Dokumente, die diesem Formular beizufügen sind

- Original der Bescheinigung über die Erstattung der Anzeige bei den Polizeibehörden, in dem auch die Umstände angegeben sind,
- Original-Kaufrechnung des gestohlenen oder beschädigten Mobiltelefons,
- Jeder Beweis für einen Angriff (Zeugenaussage, ärztliches Attest),
- Kopie der von BANQUE RAIFFEISEN ausgestellten VISA-Abrechnung, die den Kauf des Mobiltelefon mit Ihrer VISA-Karte bescheinigt.

Erklärung der versicherten Person

Der/die Unterzeichnete erklärt, dass die vorstehenden Angaben vollständig, richtig und ausschließlich auf den Schadensfall bezogen sind und dass die Kosten keinem anderen Versicherer gemeldet wurden. Der Unterzeichner ermächtigt die Gesellschaft hiermit, die Kosten von einem verantwortlichen Dritten zurückzufordern.

Datum und Unterschrift der versicherten Person

Ihre Akte kann nach Erhalt einer ordnungsgemäß ausgefüllten Schadensmeldung, der Original-Kostenrechnungen und der erforderlichen Belege bearbeitet werden. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und alle erforderlichen Dokumente so rasch wie möglich an FOYER ASSURANCES SA, 12, rue Léon Laval, L-3372 LEUDELANGE.

BELEGE – REISEUNFALL

VISA Basic	VISA Gold	VISA Platinum	VISA Classic	VISA Business
------------	-----------	---------------	--------------	---------------

Datum des Reisebeginns / /

Datum des Reiseendes / /

Datum des Unfalls / /

Datum der Meldung des Schadenfalls bei der zuständigen Behörde / / (falls zutreffend)

Ort und Ablauf des Unfalls

Name, Adresse und Kontaktdaten der zuständigen Behörde

Nummer des Protokolls

Name und Adresse der Zeugen des Unfalls (falls es solche gibt)

Dokumente, die diesem Formular beizufügen sind:

- Kopien der Rechnungen mit der Zahlungsbestätigung
- Kopien der ärztlichen Verordnungen
- Kopien der Kassenabrechnungen
- Totenschein
- Von den örtlichen Behörden aufgesetztes Protokoll (nur bei einem Unfall)

Erklärung der versicherten Person

Der/die Unterzeichnete erklärt, dass die vorstehenden Angaben vollständig, richtig und ausschließlich auf den Schadensfall bezogen sind und dass die Kosten keinem anderen Versicherer gemeldet wurden. Der Unterzeichner ermächtigt die Gesellschaft hiermit, die Kosten von einem verantwortlichen Dritten zurückzufordern.

Datum und Unterschrift der versicherten Person

Ihre Akte kann nach Erhalt einer ordnungsgemäß ausgefüllten Schadensmeldung, der Original-Kostenrechnungen und der erforderlichen Belege bearbeitet werden. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und alle erforderlichen Dokumente so rasch wie möglich an FOYER ASSURANCES SA, 12, rue Léon Laval, L-3372 LEUDELANGE.