

Schadeformulier voor Reis- en Annuleringsverzekering

Polisnummer _____
 Schadenummer _____

ASR Schadeverzekering N.V.

Verzekeringsadviseur Naam _____
 Adres _____
 Postcode/Woonplaats _____
 Telefoonnummer _____
 Relatienummer _____

Archimedeslaan 10, 3584 BA Utrecht
 Postbus 2072, 3500 HB Utrecht
 Telefoon (030) 257 91 11
 Fax (030) 257 83 00

BELANGRIJK:

Voor een snelle afhandeling is het noodzakelijk dat dit formulier zo nauwkeurig mogelijk wordt ingevuld. En dat alle gevraagde stukken en de boekingsbevestiging/nota van de voorgenomen reis samen met dit formulier worden meegestuurd.

Verzekerde (man/vrouw) *

Naam _____
 Geboortedatum _____
 Adres _____
 Postcode/Woonplaats _____
 Telefoonnummer _____
 E-mail _____
 Beroep of bedrijf _____
 Rekeningnummer (IBAN) [N | L | _____]
Vul hier het IBAN in. Het Nederlandse IBAN-nummer is 18 posities lang, u vindt het op een bankafschrift.

Alarmcentrale ingeschakeld nee ja, dossiernummer: _____

ALGEMEEN

a (Oorspronkelijke) datum van vertrek? _____
 b (Oorspronkelijke) datum van terugkeer? _____
 c Wat was het reisdoel/de vakantiebestemming? _____

REISVERZEKERING

Ongevallen/Geneeskundige kosten

BELANGRIJK: Hebt u de geneeskundige kosten al ingediend bij de zorgverzekeraar en vergoedt deze verzekeraar deze kosten niet of slechts gedeeltelijk? Dan ontvangen wij graag het uitkeringsbericht van de zorgverzekeraar. Mocht u de zorgverzekeraar nog niet hebben aangeschreven dan vragen wij u om de originele nota's mee te sturen.

1 Ongeval
 a Welke verzekerde is een ongeval overkomen? _____ Geboortedatum _____
 b Wilt u hiernaast de toedracht van het ongeval vermelden. (gebruik zondig de ruimte voor nadere toelichting) _____
 c Datum en uur van het ongeval? _____ om _____ uur
 d Aan wiens schuld is het ongeval te wijten? (naam en adres vermelden s.v.p.) _____
 e Waaruit bestaat het letsel? _____
 f Werd er procesverbaal opgemaakt? ja, door de politie van: _____ nee
 g Heeft verzekerde nóg een ongevallenverzekering? ja nee
 Zo ja, vermeld de maatschappij en het polisnummer. _____

2 Geneeskundige behandeling
 a Voor welke verzekerde zijn de kosten gemaakt? _____ Geboortedatum _____
 b Naar aanleiding van welke ziekte/klachten? _____
 c Op welke datum openbaarde(n) zich (de verergering van) de ziekte c.q. klachten? _____
 d Is er sprake (geweest) van een ziekenhuisopname? Zo ja, in welk ziekenhuis en gedurende welke periode? ja nee

* Doorhalen wat niet van toepassing is

- e Had verzekerde de ziekte/klachten reeds eerder? ja nee
 Bij wie is/was verzekerde daarvoor onder
 behandeling? _____
 Behandelend (huis-)arts/specialist: _____
 Naam _____
 Adres _____
 Postcode/Woonplaats _____
- f Waar en onder welk polis-/inschrijvingsnummer
 is verzekerde elders tegen de kosten voor
 geneeskundige behandeling verzekerd? _____
- g Is hierop een eigen risico van toepassing? ja, hoogte van het bedrag: € _____ nee
- h Is er ook een aanvullende verzekering gesloten? ja nee

Extra kosten *

BELANGRIJK: Voor een snelle afhandeling vragen wij u de nota's van de volgende kosten direct mee te sturen: telefoonkosten, hotelkosten, taxikosten, kosten vervoer, sleepkosten, omboekkosten, aanschaf nieuwe tickets, etc.

- 1 a Waar is de schade ontstaan? _____
 b Op welke datum is de schade ontstaan? _____
 c Welke omstandigheden hebben geleid tot
 het maken van de extra kosten? (gebruik
 zonodig de ruimte voor nadere toelichting) _____
 d Bouwjaar uitgevallen voertuig
 (indien van toepassing) _____
 e Was herstel van het uitgevallen voertuig
 binnen 2 werkdagen mogelijk? ja nee

2	Specificatie extra kosten (nota's bijvoegen s.v.p.)	Bedragen in €
	Reiskosten	_____
	Telecommunicatiekosten	_____
	Verblijfkosten	_____
	Aantal dagen extra of ander verblijf	_____
	Aantal personen	_____
	Oorspronkelijke einddatum van het verblijf	_____
	Overige kosten (bijv. huurkosten vervoer of vervingende tent)	_____

Bagage

BELANGRIJK: Voor een snelle afhandeling vragen wij u het volgende direct mee te sturen: politie-aangifte, verklaring reisleder/hoteleigenaar, onherstelbaarheidsverklaring reparateur, aankoopnota's van de bagage, garantiebewijzen, bankafschriften van gekochte goederen, etc.

- 1 a Welke voorwerpen zijn verloren, vermist,
 gestolen of beschadigd?
 (specificeren bij punt 6 s.v.p.) _____
 b Wat is het vermoedelijke schadebedrag? € _____
- 2 a Waar is de schade ontstaan? _____
 b Op welke datum en tijd is de schade ontstaan? _____ om _____ uur
 c Onder welke omstandigheden is de schade
 ontstaan? (gebruik zonodig de ruimte voor
 nadere toelichting) _____

* Onder extra kosten vallen ook de extra reis- en/of verblijfkosten wegens uitval van het motorrijtuig of de (brom-)fiets.

ANNULERINGSVERZEKERING

Volledige annulering/annuleringskosten (nota's)

BELANGRIJK: Voor een snelle afhandeling vragen wij u het volgende direct mee te sturen: de nota/bevestiging van de annuleringskosten en bewijsstukken die de reden van annulering onderbouwen.

- a Hoeveel bedragen de annuleringskosten? € _____
- b Is de originele boekingsnota bijgevoegd? ja nee, omdat _____
- c Is de originele annuleringsnota of -bevestiging bijgevoegd? ja nee, omdat _____
- d Op welke datum is de reis geannuleerd? _____

Voortijdige terugkeer/later vertrek

BELANGRIJK: Voor een snelle afhandeling vragen wij u het volgende direct mee te sturen: de bevestiging van het hotel/appartement waaruit blijkt dat u eerder bent teruggekeerd en/of later bent aangekomen.

- a Er is sprake van: voortijdige terugkeer later vertrek _____
- b Op welke datum vond dit plaats? _____
- c Indien vertreksvertraging:
- | | Oorspronkelijk | Daadwerkelijk |
|--|-----------------|---------------|
| opgave van datum, tijd en vluchtnummer | Datum _____ | _____ |
| (bij een vliegreis) van oorspronkelijk en daadwerkelijk vertrek (bewijsstukken bijvoegen s.v.p.) | Tijd _____ | _____ |
| | Vluchtnr. _____ | _____ |

Medische omstandigheden van verzekerde(n) of niet-meereizend familielid

- 1 a Verzekerde/familielid: Naam _____ Geboortedatum _____
Adres _____
Postcode/Woonplaats _____
- b Eventuele relatie tot verzekerde _____

- 2 Omschrijving ziekte/ongeval
- a. Korte omschrijving van de aard en ernst van de ziekte of het ongeval. _____
- b. Wanneer deden zich de eerste ziekteverschijnselen voor, respectievelijk op welke datum vond het ongeval plaats? _____
- c. Hoe was de gezondheidstoestand van degene bij vraag 1 bij het boeken van de reis of het aangaan van het huurcontract van de vakantiewoning? _____
- d. Werd reeds eerder aan deze ziekte geleden? Zo ja, hoeveel keer en gedurende welke periode? _____
- e. Is er sprake van verergering van de ziekte(n), waarvoor hij/zij ten tijde van het aangaan van de verzekering onder geneeskundige behandeling en/of controle was? _____
- f. Op welke datum werd voor deze ziekte/dit ongeval voor het eerst een arts geraadpleegd? _____
- g. Was de behandelende arts op de hoogte dat u een reis wilde boeken? _____
- h. Wanneer bleek voor het eerst de noodzaak om de reis te annuleren? _____
- i. Is de reis op advies van een arts geannuleerd en op welke datum werd dit advies gegeven? Zo ja, welke arts? Naam _____
Adres _____
Postcode/Woonplaats _____
- j. Wie draagt naar uw mening schuld aan het ongeval? (bewijsstukken bijvoegen) _____

Machtiging voor het opvragen van medische gegevens

Zowel voor u als voor ons is het van belang dat dubbele en dus onnodige keuringen voorkomen worden bij een ongeval. Ook bij ziekte kan het noodzakelijk zijn dat onze medisch adviseur medische gegevens opvraagt. Wij verzoeken u dan ook dringend bij ongeval en ziekte deze machtiging in te vullen en te ondertekenen.

Ik, de heer/mevrouw: _____, geboortedatum: _____ machtig hiermee:

- 1 mijn huisarts,
- 2 mijn behandelend en controlerend specialist,
- 3 de medisch adviseur van mijn belangenbehartiger of advocaat,
- 4 de medisch adviseur van de aansprakelijkheidsverzekeraar van de tegenpartij,
- 5 andere onafhankelijke keurende artsen of specialisten die mij onderzochten,

om inlichtingen te verstrekken aan de medisch adviseur van ASR Schadeverzekering N.V. over:

- a het onderzoek en/of de behandeling van het letsel dat ik opliep door het ongeval op _____ (datum).
- b de ziekte die zich openbaarde op _____ (datum).
- c de opnameperiode in het ziekenhuis van _____ tot _____ (periode).

Deze informatie heeft de medisch adviseur van ASR Schadeverzekering N.V. nodig om mijn klachten goed te beoordelen.

Plaats Datum Handtekening

Ondertekening

Wat doen wij met uw persoonsgegevens?

Wij kunnen uw schade- en verzekeringsgegevens raadplegen en vastleggen bij de Stichting CIS (Centraal Informatie Systeem van in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen). Dit doen we om risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Meer informatie en het privacyreglement vindt u op www.stichtingcis.nl.

Uw handtekening en verklaring

Met uw handtekening verklaart u:

- dat de informatie die u hierboven hebt ingevuld juist en waar is. En dat u geen bijzonderheden over deze schade hebt verzwegen.
- dat u dit schadeaanvraagformulier en eventuele aanvullende gegevens aan ASR Schadeverzekering N.V. verstrekt met de bedoeling de omvang van de schade en het recht op uitkering vast te stellen.
- dat ASR Schadeverzekering N.V. informatie over uw schade- en verzekeringsverleden mag opvragen bij andere verzekeraars of adviseurs.

Belangrijk: niet volledige of onjuiste antwoorden kunnen ertoe leiden dat u uw recht op uitkering volledig verliest.

Naam _____

Datum / Plaats _____

Handtekening verzekerde _____

Handtekening verzekeringsadviseur _____