

Schadeformulier voor Reis- en Annuleringsverzekering

Polisnummer _____
Schadenummer _____

ASR Schadeverzekering N.V.

Archimedeslaan 10, 3584 BA Utrecht
Postbus 2072, 3500 HB Utrecht
Telefoon (030) 257 91 11
Fax (030) 257 83 00
Bankrekening 86.95.33.843 of
Postbankrekening 6681
t.n.v. ASR Betalingscentrum B.V.

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

Verzekerde (man/vrouw) *

Naam _____
Geboortedatum _____
Adres _____
Postcode/Woonplaats _____
Telefoonnummer _____
E-mail _____
Beroep of bedrijf _____
(Post)bankrekeningnummer _____
Alarmcentrale ingeschakeld ja nee

ALGEMEEN

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

REISVERZEKERING

Ongevallen/Geneeskundige kosten

Let op: Indien u beschikt over een ziektekostenvoorziening/-verzekering bij een zorgverzekeraar, dan dient u de kosten van geneeskundige behandeling eerst daar te declareren. Bij geen of geen volledige vergoeding daar dient u een kopie van de correspondentie naar ASR op te sturen.

1 Ongeval
a Welke verzekerde is een ongeval overkomen? _____ Geboortedatum _____
b Wilt u hiernaast de toedracht van het ongeval vermelden. (gebruik zonodig 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? _____
- 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

- 3 a Huisarts verzekerde Naam _____
 Adres _____
 Postcode/Woonplaats _____
- b Behandelend arts/
 specialist Naam _____
 Adres _____
 Postcode/Woonplaats _____

Extra kosten *

- 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
 zonnodig 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 vervangend vervoer of vervangende tent)	_____

Bagage

- 1 a Welke voorwerpen zijn verloren, vermist,
 gestolen of beschadigd? _____
 b Wat is het vermoedelijke schadebedrag? € _____
 (zie ook punt 6)
- 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 zonnodig 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

- a Is de annuleringsdekking gesloten als onderdeel van een Doorlopende reisverzekering? ja nee
- b Zo ja, is er voor de reis bij ASR een aanvullende Annuleringsverzekering gesloten? ja, onder polisnummer: _____ nee

Volledige annulering/annuleringskosten (nota's)

- 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

- a Er is sprake van: voortijdige terugkeer later vertrek
- b Op welke datum vond dit plaats? _____
- c Indien vertreksvertraging:

Oorspronkelijk	Daadwerkelijk
Datum _____	_____
Tijd _____	_____
Vluchtnr. _____	_____

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

- 1 a Verzekerde/familielid:

Naam _____	Gebortedatum _____
Adres _____	
Postcode/Woonplaats _____	
- b Eventuele relatie tot verzekerde _____

2 Ziekte

- a Naar aanleiding van welke ziekte/klachten is er geannuleerd/voortijdig teruggekeerd/later vertrokken? _____
- b Op welke datum openbaarde(n) zich dit/deze? _____
- c Is er sprake (geweest) van een ziekenhuisopname vóór de reis of ter plaatse? Zo ja, waar en gedurende welke periode? ja nee
- d Naam en adres arts met wie verzekerde/het familielid hierover contact heeft opgenomen (indien mogelijk, doktersverklaring bijvoegen s.v.p.) _____
- e Heeft men reeds eerder last gehad van de ziekte/klachten? Zo ja, wanneer en bij wie was men daarvoor toen onder behandeling? ja nee

3 Ongeval

- a Wilt u hiernaast de toedracht van het ongeval vermelden? (gebruik zonodig de ruimte voor nadere toelichting) _____
- b Datum en uur van het ongeval? _____ om _____ uur
- c Aan wiens schuld is het ongeval te wijten? (naam en adres vermelden s.v.p.) _____
- d Waaruit bestaat het letsel? _____
- e Is er sprake (geweest) van een ziekenhuisopname vóór de reis of ter plaatse? Zo ja, waar en gedurende welke periode? ja nee

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 nodig om mijn klachten goed te beoordelen.

Plaats Datum Handtekening

Ondertekening

Ondergetekende verklaart kennis te hebben genomen van de inhoud van dit formulier en de vragen naar beste weten, volledig en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en de gegevens te hebben verstrekt ter vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering. De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatiesysteem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Het privacyreglement van de Stichting CIS is op die registratie van toepassing.

Plaats Datum Handtekening verzekeringsadviseur Handtekening verzekerde