

# 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  
Bankrekening 86.95.33.843 of  
Postbankrekening 6681  
t.n.v. ASR Betalingscentrum B.V.

## 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 Verzekeringen op 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? \_\_\_\_\_
- 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  
 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 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 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

- a Is de annuleringsdekking gesloten als onderdeel van een Doorlopende reisverzekering?  ja  nee
- b Zo ja, is er voor de reis bij ASR Verzekeringen 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
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 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 Verzekeringen 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
--------	-------	--------------------------------------	----------------------------

---