

Schadeaangifteformulier Tourist Travel Insurance

Belangrijk

- Vul alle vragen die van toepassing zijn, zo volledig mogelijk in. Zo kunnen wij uw schade sneller afhandelen.
- Stuur altijd direct verklaringen, originele nota's en andere bewijsstukken mee.
- Onderteken het formulier, anders kunnen we het niet in behandeling nemen.

1 Algemene gegevens

| | |
|--|--|
| Polisnummer _____ | Datum van aankomst in Nederland _____/_____/_____ |
| Naam 1e verzekerde <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V | Geplande datum van terugreis _____/_____/_____ |
| _____ Straat en huisnummer | Heeft u de schade al gemeld? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, aan: <input type="checkbox"/> Europeesche op _____ <input type="checkbox"/> SOS International op _____ |
| _____ Postcode en woonplaats | Referentienummer _____ |
| _____ Kantoor van afgifte | Uitbetaling van vergoeding aan <input type="checkbox"/> 1 ^e verzekerde <input type="checkbox"/> De verzekerde die hieronder bij 2 genoemd wordt <input type="checkbox"/> ander: te weten _____ |
| _____ Begindatum van de reis | IBAN (NL99 BANK 0123 4567 89) _____ t.n.v. _____ |
| _____ Reisbestemming | |
| _____ Met welk(e) vervoermiddel(en) heeft u de vakantiebestemming bereikt? | |

2 Gegevens van de verzekerde die schade heeft geleden

| | |
|---|-----------------------------------|
| Verzekerde | Plaats en land _____ |
| Naam en voornamen <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V | Verblijfadres in Nederland |
| _____ Geboortedatum | Straat en huisnummer _____ |
| _____ Nationaliteit | Postcode en plaats _____ |
| _____ Paspoortnummer | Telefoonnummer _____ |
| _____ Straat en huisnummer | |

3 Omschrijving ziekte, ongeval, overlijden

Vul hieronder alle informatie in die van toepassing is op deze schadeaangifte.

Ziekte

Aard van de ziekte/aandoening of van het letsel

Bestond deze ziekte/aandoening of dit letsel al voor de reis?

nee ja, behandeld door:

Wanneer uitte de ziekte/aandoening zich voor het eerst?

Wanneer, waar en door welke arts is de betrokkene voor het eerst behandeld?

Heeft de arts de patiënt doorverwezen

nee ja, naam/adres specialist:

Huisarts (naam, volledig adres en telefoonnummer)

Bij welke instantie is de betrokkene verzekerd tegen ziektekosten?

Naam

Adres

Polisnummer

Verzekerde kosten

Ongeval

Datum en tijdstip van het ongeval

Plaats en land van het ongeval

Uitgebreide omschrijving van het ongeval (Noem situatie, toedracht, betrokkenen. Geef aan wie volgens u aansprakelijk/verantwoordelijk is)

Overlijden

Overlijdensoorzaak

Vond de begrafenis/crematie plaats in Nederland?

nee ja

Zo ja, zijn er familieleden overgekomen voor de begrafenis/crematie?

nee ja

Zo nee, hoe werd de repatriëring geregeld?

4 Gemaakte kosten

| Bedrag | Waarvoor zijn deze kosten gemaakt? | In welk land? | Gaat het om ziekte/ongeval/overlijden? | Heeft u de kosten al betaald? |
|---------|------------------------------------|---------------|--|--|
| € _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja |
| € _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja |
| € _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja |
| € _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja |
| € _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja |
| € _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja |
| € _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja |
| € _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja |
| € _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja |
| € _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja |

4 Opgave van gemaakte kosten (Vervolg)

Welke kosten verwacht u nog? (Bijv. voor een eerdere behandeling of een vervolgbehandeling)

Bedrag € _____ Waarvoor zijn/worden deze kosten gemaakt? _____

Is er sprake geweest van ziekenhuisopname of is opname nog te verwachten? nee ja

5 Overige

Als de terugreis op een andere wijze dan de heenreis plaatsvond, was dit op medisch advies?

nee ja, hoe kunt u dit aantonen?

Welke arts gaf dit advies (naam en adres)?

Welke retourbetalingen heeft u al ontvangen of verwacht u nog in verband met het oorspronkelijk geplande verblijf en/of het niet doorgaan van de oorspronkelijk geplande terugreis?

Plaats

Datum

Handtekening verzekeringnemer

Stuur dit ingevulde schadeaanvraagformulier naar

Europese Verzekeringen
Afdeling Reisschade
Postbus 12920
1100 AX Amsterdam

Of scan dit document en stuur het als bijlage (pdf) naar
reisschade@europese.nl.

Heeft u een vraag?

Bel ons op +31 20 651 52 53
Mail ons via reisschade@europese.nl

Wat doen wij met uw gegevens?

Bij de aanvraag van een verzekering/financiële dienst verstrekt u persoonsgegevens en eventuele andere gegevens. Deze verwerkt de Europeesche om verzekeringsovereenkomsten af te sluiten, om de relatie met de klant te beheren, en om fraude te voorkomen en bestrijden.

De gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf' is van toepassing. De volledige tekst van deze gedragscode kunt u bekijken/ opvragen bij het Verbond van Verzekeraars, www.verzekeraars.nl.

De gegevens die u verstrekt, kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatiesysteem van de in Nederland werkende verzekeringsmaatschappijen. Het privacyreglement van de Stichting CIS is op die registratie van toepassing. Wij hebben het door het Verbond van Verzekeraars opgestelde Fraudeprotocol ondertekend en voeren dit ook uit.

Door dit formulier te ondertekenen, verklaart u het volgende:

- U heeft de vragen en opgaven beantwoord naar beste weten, juist en naar waarheid.
- U heeft geen bijzonderheden verzwegen over deze schade.
- U verstrekt dit schadeaanvraagformulier (en de eventueel andere gegevens) aan de Europeesche, zodat deze de omvang van de schade en het recht op uitkering kan vaststellen.
- U geeft hierbij toestemming aan de medisch adviseur(s) van SOS International om (als dat nodig is) medische gegevens te verschaffen aan de medisch adviseur van de Europeesche. Het gaat hierbij om gegevens over de reden en achtergrond van geneeskundige behandeling, ziekenhuisopname en/of repatriëring.
- U heeft kennisgenomen van de inhoud van dit formulier.
- U weet dat bij fraude elk recht op uitkering vervalt.