



Schadeformulier annulering

- Annulering Polisnummer
 Reisonderbreking

TIPS VOOR INVULLEN! Formulier volledig (ook achterzijde) en in blokletters invullen. Vergeet niet uw bankrekeningnummer (IBAN) in te vullen. Indien er onvoldoende ruimte op het formulier aanwezig is, voegt u dan apart de benodigde toelichting toe.

Gegevens verzekerde

Naam: _____ Voorletters: _____ Vrouw Man

Adres: _____

Postcode, woonplaats: _____

Geboortedatum: _____ Telefoon overdag: _____

Bankrekening (IBAN): _____ Ten name van: _____

E-mail: _____ Nationaliteit: _____

Vragen

1 Op welke datum heeft u uw reis geboekt?

Antwoorden

Datum: _____

2 Op welke datum zou u op reis gaan, resp. voor welke periode heeft u gehuurd? Vertrekdatum:

Aantal dagen

Terugkomstdatum: _____

3 Hoeveel bedroeg de reissom c.q. huursom?

Bedrag € _____

(Originele boekingsnota bijvoegen)

4 a Op welke datum annuleerde u uw reis-/huurcontract?

Datum: _____

b Aantal personen dat annuleert of onderbreekt

Aantal personen: _____

c Hoeveel bedraagt uw schade?

Bedrag € _____

(Originele annuleringskosten-nota bijvoegen)

5 a Wat is de reden van annulering? (Indien mogelijk bewijsstuk bijvoegen)

b Naam en adres van de getroffene (Indien anders dan uzelf)

Naam: _____ Voorletters: _____ Vrouw Man

Adres: _____

Postcode, woonplaats: _____ Geboortedatum: _____

c Wat is uw relatie tot de getroffene?

d Op wiens advies heeft u de reis geannuleerd/ onderbroken en

op welke datum werd dit advies gegeven?

Datum: _____

6 a Wie is de behandelende arts van de getroffene genoemd bij 5 b?

Naam: _____ Voorletters: _____ Vrouw Man

Adres: _____

Postcode, woonplaats: _____ Telefoon: _____

b Wie is de huisarts?

Naam en voorletters: _____ Postcode, woonplaats: _____

Adres: _____ Telefoon: _____

Invullen bij ziekte (al dan niet gevolgd door overlijden)

- 7 a Korte omschrijving van de aard en ernst van de ziekte _____
b Wanneer deden zich de eerste verschijnselen voor? _____
c Datum waarop voor deze ziekte het eerst een dokter werd geraadpleegd _____
d Datum waarop de betrokken arts de reis heeft verboden of ontraden _____
Diens verklaring overleggen
e Heeft betrokkene reeds eerder aan deze ziekte geleden? Ja Nee
Zo ja, wanneer en hoe lang _____

Invullen bij ongeval

- 8 a Wat is de aard van het (de) opgelopen letsel(s)? (Zie eveneens vraag 11) _____
b Datum waarop voor dit letsel het eerste een dokter werd geraadpleegd _____
c Datum waarop de betrokken arts de reis heeft verboden of ontraden _____
d Wie draagt naar uw mening de schuld van het ongeval? _____
(Bewijsstukken overleggen)
e Wanneer vond het ongeval plaats? Datum _____

Invullen bij het afbreken van de reis

- 9 a Op welke datum heeft u uw reis afgebroken? Datum: _____
(Vliegticket of ander bewijsstuk bijvoegen)
b Om welke reden heeft u uw reis voortijdig afgebroken? (Zie eveneens vraag 11) _____
c Indien ziekenhuisopname tijdens de vakantieperiode heeft plaatsgevonden, Periode
gedurende welke termijn was dit het geval? (Bewijsstuk overleggen) t/m _____
10 Geef een omschrijving van de klachten en/of het ziekteverloop
ten behoeve van onze medisch adviseur _____

Invullen bij vertreksvertraging

(Uren - Minuten)

- 11 a Wanneer was het oorspronkelijke vertrek vastgesteld? (Ticket bijvoegen) Datum: _____, Tijd _____
b Op welke datum vond het werkelijke vertrek plaats? (Bewijsstukken bijvoegen) Datum: _____, Tijd _____
12 Indien annulering van de reis niet om één van bovenstaande redenen
heeft plaatsgevonden, wat is dan de reden van annulering? _____

De op dit formulier ingevulde en eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de verzekerden-administratie van Your Benefits en in een centraal informatiesysteem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Op deze registraties is een privacyreglement van toepassing. Ondergetekende verklaart:

- bovenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen
- hierbij (voorzover nodig) toestemming te geven aan de medisch adviseur(s) van Your Benefits om de van belang zijnde gegevens te verschaffen aan de medisch adviseur van Your Benefits met betrekking tot de reden en achtergrond in geval van ziekenhuisopname en/of repatriëring
- dit schadeformulier en de nog nader te overleggen gegevens aan Your Benefits te verstrekken mede om te dienen tot vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen
- bekend te zijn met de voorwaarde, dat bij onjuiste/onware opgave elk recht op uitkering vervalt.

Datum: _____ Handtekening: _____

U kunt het volledig ingevulde schadeformulier printen, ondertekenen, scannen en inclusief bijlagen, via email versturen aan claims@yourbenefits.nl.

De op dit schadeformulier ingevulde en eventueel nog aan te leveren (persoons)gegevens worden opgenomen in de verzekerdenadministratie van Your Benefits Assuradeuren B.V. Voor het afhandelen van de schade kan het gebeuren dat Your Benefits Assuradeuren B.V. ook gegevens van andere partijen dan verzekeringnemer of verzekerde verwerkt, bijvoorbeeld de tegenpartij of een getuige. Het privacyreglement van Your Benefits Assuradeuren B.V. is hierop van toepassing. Deze kunt u nalezen op yourbenefits.eu/privacy-verklaring.

In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid legt Your Benefits Assuradeuren B.V. de gegevens van de schade, uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de tegenpartij en getuige(n) vast in het Centraal Informatiesysteem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen (Stichting CIS). Het maakt daarbij niet uit of de schade door uw eigen schuld is ontstaan. Op deze registratie(s) is het privacyreglement van de Stichting CIS van toepassing. Deze kunt u nalezen op de website van Stichting CIS, www.stichtingcis.nl.