

# Aangifte Schadeclaim Formulier



Aangifte Schadeclaim Referentie:

\_\_\_\_\_  
(Voorbehouden administratie)

## Uw gegevens

Volledige naam:

Soort schadeclaim:

Datum:

Adres:

Telefoonnummer:

E-mail adres:

## Belangrijke Information

1. Vul alstublieft het bijgevoegde claimformulier in.
2. Eventuele notities kunt u aan het einde van dit claimformulier toevoegen
3. Vul hieronder alstublieft de benodigde documenten die u wilt bijvoegen met deze schadeclaim formulier:

(Gelieve te verwijzen naar het bewijs voor schadeclaims in uw polis document dat verstreken is naar u bij uw aankoop)

a)

b)

c)

d)

e)

# Aangifte Schadeclaim Formulier



f)

4. Gelieve het volledige claim formulier inclusief de relevante documentatie te verzenden naar:

Intana  
Sussex House  
Perrymount Road  
Haywards Heath  
RH16 1DN  
United Kingdom

## Polis information:

Polisnummer:

---

Reisverzekering  
aangeschaft op:

---

Polis Type:

---

Dekking datum:

---

Additionele dekking:

---

---

---

Medische toestand:

---

Enige Amendementen:

---

# Aangifte Schadeclaim Formulier



Verzekerde die schade heeft geleden:

Volledige Naam:	Geboortedatum:	Beroep:	Nationaliteit:	Geboorteplaats:

Reis gegevens:

Reisboeking Datum:

---

Vertrek Datum:

---

Retour Datum:

---

Vakantiebestemming:

---

Reisdoel:

---

Omschrijf gedetailleerd waarvoor u claimt:

---

---

---

Bedrag:

€

---

# Annuleringstormulier



Reden annulering (één keuze aanvinken)

Overlijden

Ziekte

Letsel

Niet Medisch

**Indien de annulering werd veroorzaakt door iemand die niet met u meereist en die niet verzekerd is via uw polis, gelieve uw relatie met die persoon te verklaren:**

**Indien de reden van annuleren medisch gegrond is, MOET het bijgevoegde medische certificaat ingevuld worden door de eigen huisarts van de persoon die de annulering van de reis veroorzaakte als gevolg van zijn medische toestand.**

1. Datum en tijd wanneer u op de hoogte was van de reden van annulering van uw vakantie

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tijd: \_\_\_\_\_

2. Datum en tijd wanneer u uw reisagent of toer operator op de hoogte hebt gebracht van de reden van annulering van uw vakantie

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tijd: \_\_\_\_\_

3. Gegevens van vakantie- en annuleringskosten

Vakantiepakket

Onafhankelijke Reservering

Kosten van het ticket:

€ \_\_\_\_\_

Verblijfskosten:

€ \_\_\_\_\_

Gereserveerde excursies:

€ \_\_\_\_\_

Andere onkosten (i.e. / parkeren, luchthavenhotels, transfers):

€ \_\_\_\_\_

Ontvangen of geadviseerde terugbetalingen:

€ \_\_\_\_\_

Totaal bedrag dat teruggevorderd wordt:

€ \_\_\_\_\_

# Annuleringstormulier



Gelieve uw betalingsmethode te bevestigen (i.e. cash, kredietkaart of debetkaart). Indien u met een kredietkaart heeft betaald, gelieve ons te voorzien van een kopie van uw uittreksel waarop de gemaakte betaling staat aangegeven.

4. Naam en geboortedata van alle personen die hun reis annuleren:

Titel	Volledige naam	Geboortedatum	Beroep

5. Gelieve hieronder een gedetailleerde beschrijving te geven van uw reden van annulering:

---

---

---

---

# Annuleringstormulier



Indien ontslag de aanleiding is tot het annuleren van uw reis gelieve onderstaande in te vullen:

Ontslag:

Datum van berichtgeving van ontslag:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Begin datum van ontslag:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Jaar waarin u in dienst bent gegaan bij  
het bedrijf:

\_\_\_\_\_

Gelieve te bevestigen of loonbelasting van uw loon wordt afgehouden

Ja  Nee

U dient ons de originele ontslagbrief van uw werkgever te sturen om uw ontslag te bevestigen.

Verkeersongeval:

Datum van het ongeval

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Plaats:

\_\_\_\_\_

Politie referentie /  
nummer proces verbaal:

\_\_\_\_\_

Type voertuig:

\_\_\_\_\_

Model voertuig:

\_\_\_\_\_

Naam en adres  
verzekeraar van derden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

U dient een origineel document van het proces verbaal van het bovenstaande voorval moeten bijsluiten.

• Letsel op het werk (of  
gelijkaardig)

Datum van het voorval:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Bedrijfsnaam:

\_\_\_\_\_

Bedrijfsadres:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Annuleringstormulier



Naam en adres van de  
verzekeraar van het  
bedrijf

---

**U dient een origineel document te overleggen of het rapport van uw werkgever om de gegevens van het voorval te bevestigen**

Bent u in het bezit van een bankrekening / kredietkaart die de schade dekt?

Ja  Nee

Indien **JA**, gelieve het volgende te bevestigen:

Polisnummer:

---

Bank van afgifte:

---

Kaarttype (Goud, Platinum, Standard):

---

Is er een schadeclaim ingediend bij derden?

Ja  Nee

Indien **JA**, gelieve ons te voorzien van de  
gegevens:

---

Heeft u een andere polis die de reden inzake uw schadeclaim mogelijk zou  
dekken? Andere polissen, Barclaycard, Amex.

Ja  Nee

Indien **JA**, gelieve ons te voorzien van de  
gegevens:

Indien de schadeclaim verband houdt met een letsel, gelieve het volgende te bevestigen:

1. Een overzicht van de situatie die aanleiding gaf tot het voorval.

---

---

# Annuleringstormulier



2. Als derden betrokken waren, gelieve naam en adres van derden en hun verzekeringsgegevens door te geven, indien deze bekend zijn.

---

---

3. In het geval dat u een claim hebt ingediend inzake schade aan derden, gelieve ons naam en het adres van de adviseurs die warden aangesteld samen met hun referentienummer, door te geven.

---

---

Indien uw schadeclaim wordt toegekend gelieve ons te voorzien van uw bank gegevens hieronder:

Bevestig naam van de begunstigde:

---

Naam van de Bank:

---

Bank adres:

---

Bank SWIFT Code:

---

Bank IBAN nummer:

---

Rekeningnummer:

---

Sort Code:

---

Rekeninghouder:

---

Type van Rekening (Lopende rekening, Goud, Platinum enz.):

---



# Annuleringstormulier



**Verklaring: BELANGRIJK – Bij het niet ondertekenen van dit formulier inzake uw schadeclaim, zal uw formulier worden teruggestuurd.**

Ik/wij verklaren dat de bovenstaande gegevens juist en volledig zijn naar het beste van mijn/onze kennis en overtuiging. Ik/wij hebben geen informatie achtergehouden binnen mijn/onze kennis inzake deze claim. Ik/wij stemmen ermee in om de verzekeraar te voorzien van verdere informatie indien nodig. Ik/wij begrijpen dat de verzekeraar geen aansprakelijkheid aanneemt bij afgifte van dit formulier.

**OPGELET – het indienen van een frauduleuze of overdreven schadeclaim is een strafbaar feit. Wij onderzoeken alle zaken en elke persoon die verdacht wordt van fraude, wordt aangegeven bij de politie met wie we steeds samenwerken.**

## **WET INZAKE GEGEVENSBECHERMING**

De verzekeringsindustrie werkt aan een aantal anti-fraude initiatieven. De informatie op dit formulier wordt mogelijk elektronisch opgeslagen en mag omwille van bovenstaande reden gedeeld worden met andere organisaties. Ik/wij begrijpen dat u mogelijk informatie mag opvragen van andere organisaties om de antwoorden na te kijken die ik/wij hebben gegeven

## **BELANGRIJK**

Als derden aansprakelijk zijn, dan worden alle rechten in deze kwestie gesubrogeerd aan de verantwoordelijke reisverzekering of hun agent de toekenning van deze claim

Handtekening: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

# Medische Certificaat



Gelieve uw huisarts het medische attest in te laten invullen

## GEBRUIK BLOKLETTERS AUB

U bent aansprakelijk voor de kosten van het invullen van dit certificaat door uw huisarts in alle gevallen van verkorting of annulering kosten, dat voortvloeit uit ziekte, letsel of overlijden.

**Belangrijk:** De medische begeleider is verzocht om gedetailleerd mogelijk te zijn om onze klant te helpen en om te voorkomen dat essentiële informatie ontbreekt.

1. Naam van de patient: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

2. Bent u de patients huisarts?

Ja  Nee

Indien JA, sinds wanneer? \_\_\_\_\_

Zo nee, gelieve ons te voorzien van de patients huisarts gegevens: \_\_\_\_\_

3a. Beschrijf volledig de diagnose van de ziekte/letsel of de oorzaak van de overlijden: \_\_\_\_\_

b. Op welke datum heeft de patient u geraadpleegd met de symptomen van deze aandoening? \_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

4. Datum van het intreden van de ziekte of letsel: \_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

5. Datum van eerste onderzoek voor ziekte voorgeschreven: \_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

6. Datum van eerste onderzoek voor de aandoening: \_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

7. Datum aandoening gediagnosticeerd: \_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

8. Datum verwezen naar de medische specialist: \_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

9. Naam en adres van de specialist/chirurg: \_\_\_\_\_

---

Postcode:

---

10. Heeft de patient een terminale prognose?

Ja  Nee

Indien JA, gelieve de prognose en datum daarvan weergeven

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

11. Hebt uw al eerder deze patient behandeld of geadviseerd ten aanzien van dezelfde/vergelijkbare/gerelateerde ziekte of letsel, zoals beschreven in vraag 3a?

Ja  Nee

Indien, JA

Gelieve de diagnose van de vorige ziekte/ letsel beschrijven

---

a. Gelieve te voorzien van de datum van het voorval van de vorige ziekte/letsel en welke behandeling/medicijnen werden voorgeschreven.

---

b. Is de patient in ontvangst van medisch advies, behandeling of medicijnen voor deze aandoening of van een vergelijkbare/gerelateerde aandoening?

Ja  Nee

Indien JA, gelieve ons te voorzien van de gegevens:

---

c. Gelieve een overzicht te geven van de huidige medische aandoeningen, de datum van de diagnose en de voorgeschreven medicijnen:

---

12. Heeft een ander dokter deze patient eerder behandeld of geadviseerd ten aanzien van dezelfde/vergelijkbare/gerelateerde ziekte of letsel, zoals beschreven in vraag 3a?

Ja  Nee

# Medische Certificaat



Indien **JA**, gelieve de naam en het adres van deze dokter weergeven:

---

Postcode

---

13. Heeft de patient behandeling ontvangen voor een aandoening in de afgelopen 24 maanden als een intramurale patient?

Ja  Nee

Indien **JA**, gelieve de behandeling beschrijven en de datum dat dit plaatsvond.

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

14. Alleen tijdens de Zwangerschap

a. Laatste Menstruatie:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

b. Datum van zwangerschap bevestigd:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

c. Inschatting datum van zwangerschap:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

d. Exacte medische toestand tijdens de zwangerschap:

---

15. Was het noodzakelijk voor de patient om de reisarrangementen te annuleren vanwege de aandoening zoals beschreven in vraag 3a?

Ja  Nee

16. Op welke datum was het noodzakelijk om de patients reisarrangement te annuleren

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# Medische Certificaat



17. Indien de datum in vraag 7 en 16 verschillen, gelieve te verklaren:

---

---

---

18. Heeft de patient gepland om te reizen voorafgaand u advies?

Ja  Nee

Indien **JA**, gelieve ons te voorzien van de gegevens:

---

---

---

**Ik verklaar dat de gegevens in dit medische certificaat juist en volledig zijn**

Handtekening arts:

Datum:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dokters naam:

Kwalificaties:

Adres:

Postcode:

Zakelijk telefoonnummer:

Fax nummer:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Medische Certificaat



Mobiel nummer:

---

E-mail adres:

---

---

Praktijk zegel: