

Zusätzliche Informationen zum Ausfüllen des Schadenformulars!

Sehr geehrte Versicherter,

Es ist immer schade, dass Sie Ihren Urlaub stornieren mussten, aber für eine gute und schnelle Bearbeitung Ihrer Stornierung ist es wichtig, dass Sie das Folgende sorgfältig lesen.

Wir bieten Ihnen drei Möglichkeiten, Ihre Stornierung an uns zu übermitteln:

1. Der schnellste und einfachste Weg ist, dass Sie alles online ausfüllen und die anderen Dokumente hinzufügen. Dies kann über <https://www.recreatieverzekeringen.nl/schademelding> erfolgen;
2. Sie senden uns alle Unterlagen per E-Mail. Mailen Sie dies an schademeldingen@recreatieverzekeringen.nl;
3. Sie füllen das Antragsformular so genau wie möglich aus (alles, was für Ihre Stornierung relevant ist) und zusammen mit den anderen Unterlagen, die Sie uns per Post zusenden

Um eine schnelle Abwicklung zu fördern, ist es unbedingt erforderlich, dass das Schadenformular so vollständig wie möglich ausgefüllt wird und dass Sie die folgenden Dokumente gleichzeitig senden.

Benötigte Anlagen sind:

- ✓ Rechnung Rücktrittskosten (vom Unternehmen ausgefüllt!)
- ✓ Eine Kopie Ihrer Reservierungs- oder Buchungsbestätigung.
- ✓ Unterlagen, aus denen der Grund für die Absage hervorgeht.

Wenn Sie uns alles per Post schicken, senden Sie es bitte an unsere Postanschrift:

**RecreatieVerzekeringen.nl
Meester E.N. van Kleffensstraat 6
6842 CV Arnhem**

Da wir auch so viel wie möglich über die Umgebung nachdenken wollen, werden wir Sie per E-Mail über den weiteren Verlauf der Abwicklung informieren. Bitte geben Sie Ihre E-Mail-Adresse deutlich in das Schadenformular ein. Wenn Sie keine E-Mail-Adresse haben, erhalten Sie von uns natürlich einen Brief per Post.

Formular A (für den Schadenabwickler bestimmt)

1. Daten des Versicherungsnehmers / der versicherten Person

Name: _____ Initialen: _____
Anrede: Mann Frau Geburtsdatum: ____ - ____ - _____
Adresse: _____ Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____ Wohnort: _____
Telefonnummer: _____ E-Mail-Adresse: _____
IBAN-Nummer: _____

2. Daten mitversichert (wenn die Kündigung eine mitversicherte Person betrifft)

Name: _____ Initialen: _____
Anrede: Mann Frau Geburtsdatum: ____ - ____ - _____
Adresse: _____ Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

3. Allgemeine Daten

Policennummer: _____ Buchungsnummer: _____
Name der Unterkunftsfirma: _____ Buchungsdatum: ____ - ____ - _____
Was war die Reise- / Mietsumme?: _____ Betrag, den Sie bereits bezahlt haben oder Anzahlung: _____
Datum der Stornierung: ____ - ____ - _____ (vollständiges Datum: Tag/Monat/Jahr)

4. Nur ausfüllen bei vorzeitiger Rückkehr oder späterer Ankunft oder wenn weniger Leute gegangen sind oder früher zurückgegangen sind.

An welchem Datum sind Sie früher zurückgekehrt oder später angekommen? ____ - ____ - _____ (vollständiges Datum: Tag/Monat/Jahr)

oder

Wie viele Personen kamen nicht oder sind früher zurückgegangen? _____ von der _____

(Wenn es sich um einen medizinischen Grund handelt, füllen Sie Formular B weiter aus, andernfalls können Sie den Grund in Frage 6 angeben)

5. Stornierungsgrund (nur aus medizinischen Gründen)

Ist Ihre Stornierung eine Folge von Krankheiten oder Verletzungen infolge eines Unfalls oder Todesfalls?

- Nein, weiter mit Frage 6.
 Ja, Sie müssen auch **Formular B** vollständig ausfüllen.

Im Falle eines Unfalls müssen Sie auch die folgenden Fragen beantworten:

Datum und Uhrzeit des Unfalls ____ - ____ - _____ um _____: _____ Uhr

Wo hat sich der Unfall ereignet? Möchten Sie auch den Namen der Straße und der Wohnort angeben?:

Was war die Ursache des Unfalls? Wollen Sie auch beschreiben, wie es passiert ist?:

Wurde ein Protokoll erstellt? Nein Ja, bitte mitschicken

6. Grund für die Stornierung (andere nicht medizinische Gründe)

- Ausfall des Autos infolge eines Unfalls (Pannen wie technische Defekte usw. sind nicht abgedeckt)
- Scheidung / Auflösung des Partnerschaftsvertrags
- Arbeitslosigkeit der versicherten Person (nach Festanstellung, infolge unfreiwilliger Entlassung)
- Antritt einer neuen Arbeitsstelle nach Arbeitslosigkeit (Beschäftigung von mindestens 20 Stunden pro Woche, für einen Zeitraum von indestens sechs Monaten oder auf unbestimmte Zeit)
- Zuweisung eines Miethauses / Kauf eines Neubau-Hauses / einer Neubau-Wohnung (unerwarteter Erwerb eines Miethauses oder unerwartete Fertigstellung eines (Neubau-) Eigenheims, siehe auch Artikel 6.1.5 der Versicherungsbedingungen)
- Schwangerschaft (unmittelbar bevorstehende Entbindung, wenn die Reise vor Beginn der Schwangerschaft der versicherten Person oder ihres Partners gebucht wurde)
- Verstorben -Beziehung zur verstorbenen Person: _____
- Andere Ursache; nämlich:

7. Beilagen an das Formular A anhängen.

Möchten Sie zusätzlich zu diesem vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Formular A des schadensformulars auch die folgenden Anhänge beifügen? Diese Daten sind notwendig, um den Leistungsanspruch beurteilen und einen möglichen Nutzen erbringen zu können.

• Reservierungs- und Stornierungsrechnung sowie (Kopie-) Versicherungsschein oder sonstiger Nachweis der Prämienzahlung.

• Nachweis der Schadensursache, wie:

- Trauerkarte
- Nachweis der Registrierung und des Mietvertrages oder Kauf eines Hauses
- Kopien von Briefen über die Entlassung oder die Erlangung einer Arbeit nach Arbeitslosigkeit
- Kopien von Briefen, die das laufende Scheidungsverfahren betreffen oder die Beendigung eines Lebensgemeinschaftsvertrages
- Schwangerschaftserklärung (mit dem Fälligkeitsdatum der Schwangerschaft).

8. Angaben zu anderen beteiligten Versicherern

Haben Sie das Rücktrittsrisiko auch bei einem anderen Versicherer versichert? Sie können sich eine fortlaufende Reise- / Stornoversicherung von Ihnen oder einem der Mitreisenden vorstellen.

- Nein, Sie können mit Punkt 9 fortfahren.
- Ja, bitte beantworten Sie die folgenden Fragen (für mehrere Versicherungspolice beachten Sie bitte die Details für alle Versicherungspolice):

Wie heißt dieser Versicherer?: _____

Wie lautet die Policennummer dieser Versicherung?: _____

Haben Sie diese Versicherung in Anspruch genommen? Nein Ja

Erhalten Sie von diesem Versicherer eine Zahlung? Nein Ja

9. Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten

Anker Insurance und RecreatieVerzekeringen.nl legt großen Wert auf den Schutz Ihrer Privatsphäre. Wir behandeln Ihre Daten vertraulich und in Übereinstimmung mit den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten finden Sie in der Datenschutzerklärung auf unserer Website: www.recreatieverzekeringen.nl.

10. Unterschrift

Ich, der Unterzeichnete, Versicherungsnehmer / Versicherte, erkläre:

- er / sie hat alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet;
- er / sie hat keine Details über diesen Schaden zurückgehalten;
- er / sie ist mit dem Inhalt der Police und den Versicherungsbedingungen vertraut.

Wohnort : _____

Datum : ____ - ____ - _____

Name : _____

Unterschrift :

Formular B (für den medizinischen Dienst von Anker Insurance bestimmt)

Sie müssen das B-Formular vollständig ausfüllen. Sie können sich dabei nicht nur auf die Aussage eines Arztes beziehen und sonst nichts anderes ausfüllen. Legen Sie die Belege als Anhang bei. Wenn Sie das B-Formular nicht korrekt oder unvollständig ausfüllen, verzögert sich die Beurteilung Ihrer Stornierung unnötig.

1. Daten des Versicherungsnehmers / der versicherten Person

Name: _____ Initialen: _____
Anrede: Mann Frau Geburtsdatum: ____ - ____ - _____
Adresse: _____ Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____ Wohnort: _____
Telefonnummer: _____ E-Mail-Adresse: _____

2. Angaben zum Gesundheitszustand des Versicherten / Mitversicherten oder Familienmitglieds 1. oder 2. Grades

Wann sind die ersten Beschwerden aufgetreten? ____ - ____ - _____ (vollständiges Datum: Tag/Monat/Jahr)

Was sind deine Beschwerden?

Wann haben Sie bei diesen Beschwerden zuerst einen Arzt, einen Spezialisten, einen Pfleger und / oder

einen Sanitäter konsultiert? ____ - ____ - _____ (vollständiges Datum: Tag/Monat/Jahr)

Welche Diagnose wurde gestellt? _____

Wer hat die Diagnose gestellt? _____

Wann wurde die Diagnose gestellt? ____ - ____ - _____ (vollständiges Datum: Tag/Monat/Jahr)

Sind Sie gerade in Behandlung?

Nein

Ja, bitte angeben von wem:

Hausarzt

Facharzt

Psychologe

Rettungssanitäter wie ein Physiotherapeut

Andere, nämlich: _____

Hatten Sie jemals ähnliche Beschwerden?

Nein, Sie können mit Punkt 3 fortfahren.

Ja, beantworte folgende Fragen:

Wann haben Sie Beschwerden erhalten? ____ - ____ - _____ (vollständiges Datum: Tag/Monat/Jahr)

Woraus bestanden Ihre Beschwerden damals?;

Haben Sie bei diesen Beschwerden einen Arzt, Facharzt, einen Pfleger und / oder einen Sanitäter konsultiert?

Nein

Ja, bitte angeben von wem:

Hausarzt

Facharzt

Psychologe

Rettungssanitäter wie ein Physiotherapeut

Andere, nämlich: _____

Wann haben Sie sich von diesen Beschwerden erholt? ____ - ____ - _____ (vollständiges Datum: Tag/Monat/Jahr)

3. Fügen Sie bei dem formular B Anhänge bei.

Möchten Sie zusätzlich zu diesem vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Teil B des Benachrichtigungsformulars auch die folgenden Anhänge hinzufügen? Der medizinische Berater benötigt diese Informationen, um Anker Insurance medizinischen Rat geben zu können.

- Reservierungs- und Stornierungsrechnung sowie (Kopie-) Versicherungsschein oder sonstiger Nachweis der Prämienzahlung
- Bestätigung / Nachweis des Krankenhausaufenthaltes
- Aussage Ihres behandelnden Arztes, dass Sie nicht reisen konnten

4. Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten

Anker Insurance und RecreatieVerzekeringen.nl legt großen Wert auf den Schutz Ihrer Privatsphäre. Wir behandeln Ihre Daten vertraulich und in Übereinstimmung mit den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten finden Sie in der Datenschutzerklärung auf unserer Website: www.recreatieverzekeringen.nl.

5. Unterschrift

Ich, der Unterzeichnete, Versicherungsnehmer / Versicherte, erkläre:

- er / sie hat alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet;
- er / sie hat keine Details über diesen Schaden zurückgehalten;
- er / sie ist mit dem Inhalt der Police und den Versicherungsbedingungen vertraut.

Wohnort : _____

Datum : ____ - ____ - _____

Name : _____

Unterschrift :