

# schadeaangifteformulier ISIS Annuleringskostenverzekering

Leest u vóór het invullen het formulier aandachtig door

## VERZEKERINGNEMER

naam		<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw
voornamen (1e voluit)			
straat en huisnummer		postcode	plaats
geboortedatum (d-m-j)	telefoon privé	telefoon zaak	
Annuleert de verzekeringnemer zijn reis of is hij voortijdig teruggekeerd?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
de eventuele vergoeding dient uitbetaald te worden op:			
bank/girorekening	t.n.v.	te	

## MEEREIZENDE VERZEKERDEN, DIE ANNULEREN OF VOORTIJDIG TERUGKEREN

	naam en voornamen (1e voluit)	geboortedatum (d-m-j)	geslacht
1.			<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
2.			<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
3.			<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
4.			<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw

## REISGEGEVENS

geplande vertrekdatum (d-m-j)	tijdstip (uu:mm)	duur van de geplande reis (aantal dagen)
naam reisbureau		
straat en huisnummer	postcode	plaats
soort reis	<input type="checkbox"/> uitsluitend vervoer <input type="checkbox"/> vervoer in combinatie met accommodatie	
reisbestemming		

## ANNULERINGSGEGEVENS (boekings- en annuleringsnota meesturen)

datum boeking (d-m-j)	annuleringskosten	€
datum annulering (d-m-j)	betaalde premie	€

annulering wegens ziekte/ongeval (bewijsstukken meesturen)

naam zieke/slachtoffer (volledige gegevens persoon)	
straat en huisnummer	
postcode	plaats
relatie tot degene die annuleert	
omschrijving ziekte/ongeval	
plaats/locatie van het ongeval	
datum ziekte/ongeval (d-m-j)	
was/is betrokkene onder geneeskundige behandeling?	
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, van (d-m-j) tot (d-m-j)	
datum laatste bezoek arts	
naam behandelend arts	
adres	
postcode	plaats

annulering wegens ziekenhuisopname (ziekenhuisnota meesturen)

naam ziekenhuis	
plaats en land	
reden opname	
datum opname (d-m-j)	datum ontslag (d-m-j)

annulering wegens overlijden (akte van overlijden of rouwkaart meesturen)

datum overlijden (d-m-j)	naam van de overledene(n)
relatie tot degene die annuleert	

annulering wegens overige redenen (bewijsstukken meesturen)

graag zo uitgebreid mogelijk omschrijven wat de reden van annulering is en indien mogelijk aangeven onder welk artikel van de polisvoorwaarden u denkt dat deze annulering valt


voortijdige terugkeer na aanvang van de reis (bewijsstukken reden terugkeer meesturen)

datum terugkeer (d-m-j)	reden terugkeer
bedrag dat al aan u vergoed is door het hotel, pension enz.	€

alleen invullen bij ziekenhuisopname tijdens reis/huurperiode (kopie van ziekenhuisnota meesturen)

naam verzekerde	
naam ziekenhuis	
plaats en land	
reden opname	
datum opname (d-m-j)	tijdstip (uu:mm)
datum ontslag (d-m-j)	tijdstip (uu:mm)

vertreksvertraging op de heenreis (bewijsstukken meesturen)

gepland vertrek (d-m-j)	tijdstip (uu:mm)
daadwerkelijk vertrek (d-m-j)	tijdstip (uu:mm)
feitelijke aankomst (d-m-j)	tijdstip (uu:mm)
Welke extra kosten heeft u gemaakt?	
Welk bedrag heeft u van de reisorganisatie of luchtvaartmaatschappij terugontvangen of zult u terugontvangen? €	

#### OVERIG

hebt u al eerder op een annuleringsverzekering een schade geclaimd?

<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, maatschappij	wanneer (d-m-j)
soort schade		

#### ONDERTEKENING

U verklaart met de ondertekening de bovenstaande vragen naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord, volledige en juiste informatie te hebben verstrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot de aanspraak op uitkering te hebben verzwegen. U verklaart dit schadeformulier en de eventueel nog nader te verstrekken gegevens aan de maatschappij op te sturen om te dienen tot vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering. U verklaart bekend te zijn met de inhoud van dit formulier.

Alle verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in de databank van de Stichting Centraal Informatie Systeem van in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Het privacyreglement van de Stichting CIS is op de registratie van toepassing. Zie [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl).

datum (d-m-j)	plaats	handtekening verzekeringnemer/verzekerde*
---------------	--------	---

\* bij minderjarigheid handtekening ouder/voogd