

INFORMATIEBLAD



Schade-aangifteformulier Annuleringsverzekering en de reis-onderbrekingsverzekering (reisafbrekingsdekking)

Lifecard Travel Assistance Nederland

NL 2661 CW Bergschenhoek / Bergweg - Zuid 132

Servicenummer: +31 (0) 10 313 3950

info@lta-reisdekking.nl

Gachte LTA klant,

Om uw schadegeval zo snel mogelijk te kunnen bewerken, hebben wij vooral de volgende documenten nodig:

- Een volledig ingevulde en ondertekende schademelding
- Een kopie van de boekingsbevestiging
- Het origineel van de annuleringskostenafrekening
- Een volledig ingevulde en ondertekende medische vragenlijst in geval van een onverwacht ernstige ziekte, zwaar letsel als gevolg van een ongeval en een onverwachte allergische reactie op een inenting
- Een uitvoerige schriftelijke beantwoording door een psychiatrisch specialist in geval van acute psychiatrische ziekten
- Relevante ziekenhuisverslagen in geval van stationaire opnames
- Overlijdensverklaring in geval van overlijden
- Arbeidsongeschiktheidsverklaring
- Ontslagbrief in geval van baanverlies
- Bewijzen bij schade aan eigendommen
- Dagvaarding van een rechtbank

We danken u bij voorbaat.

Voor eventuele vragen helpt ons serviceteam onder telefoonnummer: **010-3133950** u graag verder.

Met vriendelijke groeten,

Lifecard Travel Assistance

LTA-Klantnummer: (geef het nummer op)

| | | | | | |

Toestemming voor het verzamelen en gebruiken van gezondheidsgegevens, verklaring van opheffing van het beroepsgeheim, privacyverklaring en medisch attest

Gegevens van de aanvrager of de risicopersoon:

Mevrouw

De heer

Voornaam/namen

Achternaam/namen

Geboortedatum

Bestemming

Boekingsdatum

Begindatum van de reis

Einde van de reis

Geachte verzekerde,

gelieve de volgende verklaring te ondertekenen. Als u zelf niet ziek bent, laat dan de verklaring inzake de opheffing van de geheimhoudingsplicht door de betroffene risicopersoon (bv. kinderen, ouders, grootouders of medereizigers) tekenen. De verklaring houdt geen algemene ontheffing van de geheimhoudingsplicht in, maar strekt zich alleen uit tot informatie over de ziekte(n) die tot de annulering, onderbreking of onderbreking van de reis heeft (hebben) geleid.

1. Het ontvangen, doorsturen, verzamelen, opslaan en gebruiken van de door u verstrekte gezondheidsinformatie:

Ik ga ermee akkoord dat de LTA de in het kader van de ingediende claim verstrekte gezondheidsgegevens verzameld en ontvangt en doorgeeft aan de verzekeraar of de schaderegelaar, die op hun beurt de gegevens verzamelen, opslaan en gebruiken voor zover dat nodig is om de verplichting tot uitkering te beoordelen. Daarbij voert de verzekeraar bepaalde taken uit, zoals de alarm- en servicecentrale of de annuleringsadviesdienst alsmede de schadebehandeling, waarbij uw gezondheidsgegevens kunnen worden verzameld, verwerkt of gebruikt, worden niet door de verzekeraar zelf uitgevoerd, maar aan andere ondernemingen overgedragen.

Ik ga ermee akkoord dat mijn gezondheidsgegevens worden overgedragen aan de hieronder vermelde kantoren en daar worden verzameld, verwerkt of gebruikt voor de vermelde doeleinden in dezelfde mate als de verzekeraar dat zou mogen doen.

Bedrijf

HDI Global Speciality SE
MOS medische hulplijn GmbH
Gaede & Glauerdt GmbH & Co.KG
IT-dienstverlener
Advocaten

Functie/Taak

Verzekeraar
Assistance/Bijstand
Schadebehandeling en -afwikkeling
Applicatieontwikkeling, IT-diensten
Behandeling van rechtszaken

2. Verstrekking en verspreiding van gezondheidsinformatie en andere beschermde informatie:

Ja, ik stem ermee in dat de verzekeraar of de schaderegelaars van de verzekeraar in het kader van dit uitkeringsdossier alle inlichtingen verkrijgt die nodig zijn voor de beoordeling van de verplichting tot uitkering met betrekking tot vroegere, bestaande en tijdens de contractperiode optredende ziekten, gevolgen van ongevallen en gebreken van de in dit formulier genoemde artsen en verzekeraars, alsmede van de uitgevers van de genoemde facturen. Daartoe onthef ik de in het schadeaanvraag formulier genoemde personen van hun wettelijke geheimhoudingsplicht. Bovendien onthef ik de schaderegelaars van de verzekeraar van hun geheimhoudingsplicht, voor zover de verzamelde gezondheidsgegevens in de noodzakelijke omvang voor het medische deskundigenadvies aan externe artsen of medische deskundigen voor medische beoordeling doorgegeven worden.

of

Nee, ik geef momenteel geen verklaring af van ontheffing van geheimhouding af. In plaats daarvan zal ik van geval tot geval schriftelijk verklaren of ik de betrokken personen of instellingen van hun geheimhoudingsplicht onthef. Ik ben mij ervan bewust dat het besluit ten gunste van dit alternatief kan leiden tot een vertraging in de afwikkeling van de vordering, tot een verlaging van de uitkeringen of zelfs tot vrijstelling van uitkeringen door de verzekeraar, voor zover de verplichting van de verzekeraar om uitkeringen te betalen niet of slechts gedeeltelijk kan worden vastgesteld op basis van de overige informatiebronnen.

3. Toestemming voor communicatie per onversleutelde e-mail bij de afwikkeling van een schadeclaim/uitkeringsaanvraag:

Ik ga akkoord met de communicatie via onversleutelde e-mails tijdens de afwikkeling van mijn claim. Ik ben mij ervan bewust dat onbevoegde derden kennis kunnen nemen van de inhoud van aan mij verzonden e-mails.

4. Regressvorderingen tegenover derden:

Wij delen u hierbij mede dat met het oog op het geldend maken van en het verweren tegen regresvorderingen met betrekking tot de vordering, voor zover nodig persoonlijke (gezondheids)gegevens bij behandelende artsen en ziekenhuizen kunnen worden verzameld en aan persoonlijke verzekeraars (bijv. particuliere ziektekostenverzekeringen), wettelijke ziektekostenverzekeraars of de partijen die verantwoordelijk zijn voor het ongeval kunnen worden doorgegeven.

Deze verklaring is geldig tot na mijn overlijden en kan te allen tijde worden herroepen. Ik leg deze verklaring ook af voor mijn eventuele kinderen, die ook medeverzekerd zijn, alsmede voor alle andere wettelijk vertegenwoordigde personen die niet in staat zijn zelf de betekenis van deze verklaring te beoordelen.

X

Plaats

X

Datum

X

Handtekening (In geval van minderjarigen is de handtekening van de wettelijke vertegenwoordiger vereist!)

LTA-Klantnummer: (geef het nummer op)



Schade-aangifteformulier Annuleringsverzekering en de reis-onderbrekingsverzekering (reisafbrekingsdekking)

Lifecard Travel Assistance Nederland

NL 2661 CW Bergschenhoek / Bergweg - Zuid 132

Servicenummer: +31 (0) 10 313 3950

info@lta-reisdekking.nl

1. Uw persoonlijke gegevens:

Mevrouw	De heer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Voornaam/namen	Achternaam/namen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straatnaam	Huisnummer	Land	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Postcode / plaatsnaam	E-mail		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefoon / mobiel	Geboortedatum		

2. Bankgegevens:

Wie is de ontvanger van de uitkering of diensten door de verzekeraar? Gegevens zoals bij punt 1 of andere ontvanger:

<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Voornaam/namen	Achternaam/namen						
<input type="text"/>							
Bank							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN (tot max. 34 karakters)							Swift- / BIC-Code (8 of 11 karakters)

3. Informatie over andere verzekeringen:

Heeft u of de verzekerde persoon (en) elders een reis annuleringsverzekering of reisafbrekingsverzekering Nee

1. **Creditaart:** Mastercard VISA American Express anders:

Kaartnummer: Kaarthouder:

Uitgevende kredietinstelling incl. adres:

Uitgevende maatschappij (ANWB, Miles & More etc.):

Verzekeraar:

2. **Jaarlijkse verzekering:**

Polisnummer: Verzekeringsnemer:

3. **via een lidmaatschap (ANWB... etc.): Naam vereniging:**

Naam lid: Lidnummer:

Verzekeraar:

Is er elders een vergoeding betaald? Ja Nee

Indien ja, door wie? Naam en adres maatschappij:

Tot welk bedrag: , Euro

Indien er nog geen vergoeding heeft plaatsgevonden, is er compensatie aangevraagd? Ja Nee

Indien ja, door wie? Naam en adres maatschappij:

4. Voer a.u.b. alle deelnemers in voor wie de reis werd geannuleerd, met vertraging werd begonnen, werd onderbroken of afgebroken:

Mevrouw	De heer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Voornaam / naam 1e (reis-)deelnemer			Geboortedatum
Mevrouw	De heer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Voornaam / naam 2e (reis-)deelnemer			Geboortedatum
Mevrouw	De heer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Voornaam / naam 3e (reis-)deelnemer			Geboortedatum
Mevrouw	De heer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Voornaam / naam 4e (reis-)deelnemer			Geboortedatum

5. Informatie over de reis:

Wat was de aanleiding voor uw reis?

Vakantie

Zakenreis

Heeft u behalve deze reisverzekering nog een andere annuleringsverzekering voor uw reizen (via een creditcard enz.)

Ja

Nee

Verzekeraar / Creditcardaanduiding (bank)

Polisnummer (polis-, doorlopend reisverzekerings- of creditcardnummer enz.)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Boekingsdatum

Begin van de reis

(Reis)afbreking

Totale reisprijs in Euro

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Annuleringsdatum

Einde reis

Vertraagd (reis)begin

Voor welk bedrag werden kosten geclaimd? Euro

Voor de afhandeling hebben wij de volgende documenten nodig:

Als bijlage toegevoegd:

Als bijlage toegevoegd:

• (Reis)boekingsbevestiging

Ja

Nee

• Originele bewijsstukken van de additionele terugreiskosten, voor zover verzekerd

Ja

Nee

• Annuleringskostenrekening, evt. originele toegangstickets

Ja

Nee

• Afrekening van de organisator/uitvoerder over de niet gebruikte (reis)diensten en leveringen

Ja

Nee

• Bewijs voor het optreden van het verzekeringsgeval (attest, akte van overlijden etc.)

Ja

Nee

6. Waarom werd de reis geannuleerd, met vertraging gestart, onderbroken of afgebroken?

Ziekte (zie 6.1)

Ongeval (zie 6.2)

Overlijden

Zwangerschap

Andere gebeurtenis

Wanneer heeft deze gebeurtenis plaatsgevonden?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Welk ander gebeurtenis?

<input type="text"/>

Om welke persoon gaat het?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Voornaam

Naam

Is deze persoon familie van de (reis)deelnemers?

Ja

Nee

Wie?

<input type="text"/>

Heeft de betreffende persoon niet dezelfde naam als u, dan verzoeken wij u om toezending van een adequaat bewijs van de familierelatie.

Voeg als bewijsmiddel absoluut een medisch attest met vermelding van de diagnose en de exacte behandelingengegevens voor de ziekte, het letsel door een ongeval en de zwangerschap toe. Indien een dergelijk attest nog niet beschikbaar is, verzoeken we u het bijgesloten formulier aan de behandelende arts te doen toekomen.

6.1 Bij ziekte:

<input type="text"/>

Aanduiding van de ziekte/ klachten/ symptomen

Wanneer is de ziekte opgetreden?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Wanneer werd de arts opgezocht?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ambulante behandeling

Ja

Nee

van

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

tot

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ziekenhuisbehandeling

Ja

Nee

van

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

tot

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Arbeidsongeschiktheid

Ja

Nee

van

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

tot

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Wanneer werd de arts voor het eerst gevraagd om advies over de uitvoerbaarheid van de reis?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Hoe luidde zijn beoordeling?

<input type="text"/>

Stond de patiënt al eerder onder behandeling van een arts vanwege dezelfde of een vergelijkbare ziekte?

Ziekenhuisbehandeling

Ja

Nee

van

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

tot

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Arbeidsongeschiktheid

Ja

Nee

van

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

tot

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

6.2 Bij ongeval:

<input type="text"/>		Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ongevallocatie						
Werd het ongeval door derden veroorzaakt of mede veroorzaakt? (Indien ja, a.u.b. rapport van het ongeval, beschrijving van de gang van zaken bijvoegen!)					Ja	Nee
Mevrouw	De heer	<input type="text"/>				
Voornaam / naam en adres van de veroorzaker van het ongeval						
<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Aansprakelijkheidsverzekering van de veroorzaker van het ongeval (naam)			Polisnummer			
<input type="text"/>						
Adres van de aansprakelijkheidsverzekering van de veroorzaker van het ongeval						
Heeft u daar schadevergoeding geëist? (Indien ja, a.u.b. correspondentie toevoegen!)					Ja	Nee

7. Verplichtingen

Verplichtingen tot het verstrekken van informatie en opheldering: Op grond van de contractuele overeenkomsten kunnen de verzekeraars na het plaatsvinden van het verzekerde voorval van u eisen dat u alle inlichtingen verstrekt die nodig zijn om het verzekerde voorval of de omvang van de uitkeringsplicht vast te stellen (informatieplicht), en om hen in staat te stellen de uitkeringsplicht naar behoren te onderzoeken, voor zover u alle inlichtingen verstrekt die nuttig zijn om de feiten te verduidelijken (verplichting tot opheldering). De verzekeraars kunnen ook eisen dat u ontvangstbewijzen/documenten overlegt, voor zover dat redelijkerwijs van u kan worden verwacht.

Vrijstelling van uitkeringen: Indien u, in strijd met de contractuele overeenkomsten, opzettelijk geen of niet waarheidsgetrouwe informatie verstrekt, of indien u opzettelijk nalaat de gevraagde ontvangstbewijzen/-documenten te verstrekken, verliest u uw recht op de verzekeringsuitkering. Als u deze verplichtingen niet nakomt door grove nalatigheid, kan de verzekeraar de uitkering verminderen in verhouding tot de ernst van uw fout. Er zal geen vermindering zijn indien u bewijst dat u de verplichting niet hebt geschonden door grove nalatigheid. Ondanks de schending op uw verplichtingen om inlichtingen te verstrekken, opheldering te verschaffen of bewijzen/stukken te verstrekken, blijven de verzekeraars verplicht uit te betalen voor zover u bewijst dat de opzettelijke of grovelijk nalatige niet-nakoming van de verplichting niet de oorzaak is geweest van hetzij de vaststelling van het verzekerde voorval, hetzij de vaststelling of de omvang van de verplichting van de verzekeraars om uitkeringen te betalen.

Indien u frauduleus de verplichting tot het verstrekken van inlichtingen of opheldering of tot het verkrijgen van bewijzen/stukken schendt, zijn de verzekeraars in elk geval ontheven van hun verplichting uitkeringen te betalen.

8. Slotverklaring:

Ik verklaar dat de informatie die ik hierboven heb verstrekt waarheidsgetrouw en volledig is. Het is mij bekend dat onjuiste of onvolledige informatie kan leiden tot het verlies van verzekeringsdekking. Ik heb kennis genomen van de bovenstaande informatie overeenkomstig de artikelen 7:928 t/m 7:930 van het Burgerlijk Wetboek over de gevolgen van niet-nakoming van verplichtingen na het plaatsvinden van een verzekerde gebeurtenis.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaats	Datum	Handtekening (Voor minderjarigen is de handtekening van de wettelijke vertegenwoordiger vereist!)

LTA-Klantnummer: (geef het nummer op)

| | | | | | |

Medische verklaring (certificaat) ter ondersteuning van verzekeringsaanvragen

Mevrouw	De heer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Voornaam/namen	Achternaam/namen	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straatnaam	Huisnummer	Land	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Postcode / plaatsnaam	E-mail		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Aan: Naam van de medische praktijk of arts, Adres van de dokterspraktijk		Datum	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adres van de dokterspraktijk			

Geachte mevrouw/heer,

- Ik ben patiënt in uw praktijk en neem contact met u op in verband met een medische verklaring die ik nodig heb voor mijn reisverzekering.
- Om aanspraak te kunnen maken op de verzekeringsuitkeringen heb ik deze medische verklaring nodig die ik als bijlage heb bijgesloten.
- Ik verzoek u deze verklaring af te geven op basis van mijn patiëntendossier en uw medisch oordeel. Deze ondersteuning is cruciaal voor de verwerking van mijn verzekeringsaanvraag.
- Als hier kosten aan verbonden zijn, zal mijn verzekeringsmaatschappij deze uiteraard graag betalen en zal ik een voorschot betalen.

Bij voorbaat dank voor uw steun en inspanningen.

Met vriendelijke groet

Handtekening, indien per post verstuurd

Uw naam

Geboortedatum, indien nodig

LTA-Klantnummer: (geef het nummer op)

| | | | | | |

Medische verklaring (certificaat) ter ondersteuning van verzekeringsaanvragen

A. Ziekte / ongeval van de verzekerde persoon of de betrokkene persoon van de verzekerde (risicopersoon)

Mevrouw

De heer

Voornaam/namen

Achternaam/namen

Geboortedatum

Reisbestemming

Boekingsdatum

Begin reis

Einde reis

Ziekte/diagnose die ertoe leidde dat deelname aan de reis niet meer mogelijk was:

Ziekteaanduiding

ICD 10-code (absoluut vermelden a.u.b.)

Wanneer werd de diagnose gesteld?

Wanneer werd vanwege de klachten en symptomen die tot deze diagnose leidden, voor het eerst een arts bezocht?

Was de patiënt(e) op het moment van dit eerste artsbezoek in staat om te reizen?

Ja

Nee/kon in redelijkheid niet worden verwacht

Welke medicatie en therapie/maatregelen heeft u voorgeschreven?

Verdere behandelingsdata

Doorverwijzing na specialist

Ja

Nee

Naam en adres van de specialist

Bestond arbeidsongeschiktheid?

Ja

Nee

van

tot

Bestonden of bestaan er voorgaande ziektes die verband houden met de actuele ziekte?

Ja

Nee

vanaf

Diagnose van eerdere ziektes

ICD 10-code (absoluut vermelden a.u.b.)

Indien het om een chronische ziekte gaat: Wanneer heeft zich voor het laatst een acute episode voorgedaan?

Datum

Werd u voorafgaand aan de boeking van de reis (zie bovenstaande boekingsdatum) door de patiënt om advies over de uitvoerbaarheid van de reis?

Ja

Nee

Wanneer werd u voor het eerst gevraagd naar advies over de uitvoerbaarheid van de reis?

Datum

Gezondheidsrisico's

Ziekenhuisbehandeling

Ja

Nee

van

tot

Ziekenhuis / kliniek (naam / adres)

Opnemende arts (voornaam / naam)

Vanaf wanneer was volgens een objectief medisch oordeel de deelname aan de reis niet meer mogelijk?

Datum

Indien deze datum afwijkt van de datum van het eerste artsbezoek, noem daarvoor dan de redenen. (De toetsing van de opgegeven informatie behouden wij ons voor.)

Plaatsnaam / Datum

Handtekening van de arts

Stempel van de arts

LTA-Klantnummer: (geef het nummer op)

| | | | | | |

Medische verklaring (certificaat) ter ondersteuning van verzekeringsaanvragen

B. Zwangerschap van de verzekerde persoon

Mevrouw

De heer

Voornaam/namen

Achternaam/namen

Geboortedatum

Reisbestemming

Boekingsdatum

Begin reis

Einde reis

Wanneer en in welke zwangerschapsweek werd de zwangerschap vastgesteld?

Datum

Zwangerschapsweek

Verwachte bevallingsdatum

Wanneer werd voor het eerst merkbaar dat de deelname aan een reis niet verstandig was met het oog op de zwangerschap?

Datum

Zwangerschapsweek

Wat was de reden voor deze beoordeling?

Waren er op dat bovengenoemde moment complicaties?

Ja

Nee

Om welke complicaties ging het daarbij?

Ziekenhuisopname/stationaire behandeling

Ja

Nee

van

tot

Overige redenen

Plaatsnaam / Datum

Handtekening van de arts

Stempel van de arts