

Schade- aangifteformulier Reis-ongevallenverzekering

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 voor de reis
- Uw bankrelatie

Wanneer u een reis vanwege een ongeval afzegt of moet afbreken, dient u daarvoor de betreffende formulieren voor de annuleringsverzekering en de reisafbrekingsdekking (reisafbrekingsverzekering) te gebruiken.

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 annuleringsadviesservice 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 Reis-ongevallenverzekering

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"/>
Telefoon / mobiel		Geboortedatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

3. Informatie over verdere ongevallen-, ziektekosten- of levensverzekeringen

Heeft u een particuliere ongevallenverzekering?	Ja	Nee	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verzekeringsmaatschappij (naam)	Polis- of schadenummer		
<input type="text"/>			
Adres van de verzekeringsmaatschappij			
Is er een levensverzekering aanwezig?	Ja	Nee	▶ Alleen In geval van overlijden aangeven!!
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verzekeringsmaatschappij (naam)	Verzekeringsmaatschappij (naam)		
<input type="text"/>			
Adres van de verzekeringsmaatschappij			
<input type="text"/>			

4. Informatie over de reis:

Wat was de aanleiding voor uw reis?	Vakantie	Zakenreis	▶ Dien a.u.b. uw boekingsbevestiging in!
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Boekingspunt/ reisbureau / organisator (indien van toepassing)	Begin van de reis/ het verblijf	Einde van de reis/ het verblijf	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

5. Informatie over de gang van zaken bij het ongeluk:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Locatie ongeval	Land ongeval
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dag van het ongeluk	Tijdstip
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wat is volgens de aannames de oorzaak van het ongeval?	
<input type="text"/>	

Beschrijf in het kort de gang van zaken rond het ongeval:

► Gebruik evt. een extra blad.

► Dien a.u.b. de betreffende bewijzen in (bijv. proces- verbaal van politie, bevestiging van de reisleiding enz.)!

--

Bij welke instantie of organisatie heeft u het schadegeval gemeld?

--

Politie (plaats en adres van het bureau, evt. naam van de contactpersoon):

--

Reisleiding / hotelmanagement, campingbeheerder of andere organisatie (naam, plaats en adres, evt. naam van de contactpersoon):

--

Officier van justitie (plaats en adres, evt. naam van de contactpersoon):

Welke persoon/getuige heeft het ongeval gezien of u/de verzekerde persoon voor het eerst na het ongeval gezien?

Mevrouw

De heer

--

--

Voornaam/namen

Achternaam/namen

--

Adres

6. Informatie over de verwondingen en de eerste behandeling:

► Voeg de bevindingen, door een arts gestelde diagnoses en rapporten naar aanleiding van de eerste behandeling als bijlage toe.

Welke verwondingen heeft u/de verzekerde persoon opgelopen:

Wanneer vond de eerste behandeling plaats?

--	--	--

Welke artsen behandelden u/de verzekerde persoon in het land van bestemming?

Naam en adres van de actuele behandelend arts:

--

Naam en adres van een andere arts of specialist:

--

Welke artsen behandelen u / de verzekerde persoon en sinds wanneer? Naam / namen en adres(sen):

7. Informatie over een ziekenhuisbehandeling:

► Dien a.u.b. een kopie in van de arts- of diagnoseverslagen.

Werd u in het bestemmingsland van de reis stationair behandeld?

Ja

Nee

van:

--

--

tot:

--

--

--

Ziekenhuis / kliniek (naam / adres)

--

Opnemende arts (voornaam/naam)

Bent u na terugkeer stationaire behandeld?

Ja

Nee

van:

--

--

tot:

--

--

--

Ziekenhuis / kliniek (naam/adres)

--

Opnemende arts (voornaam/naam)

8. Informatie in geval van dodelijke afloop:

► Voeg a.u.b. een officiële verklaring over de doodeorzaak en evt. een obductierapport in de (betreffende) landstaal bij.

Datum van overlijden:

Is de dood op de plaats van het ongeval ingetreden? Ja Nee

Is de dood tijdens het vervoer of in het ziekenhuis ingetreden? Ja Nee

Heeft er in het buitenland / land van bestemming een obductie plaatsgevonden? Ja Nee

Heeft er in het binnenland / thuisland een obductie plaatsgevonden? Ja Nee

Wanneer is het sterfgeval aan de verzekeraar gemeld?

Wie heeft opdracht gegeven voor de obductie?
Voornaam/ Achternaam
Adres

9. Informatie over eerdere ongevallen of reeds aanwezige ziekten:

► Voeg medische documentatie en evt. vaststellingsverklaringen als bijlage toe.

Was u/de verzekerde persoon tot op het moment van het ongeval volledig gezond? Ja Nee

Indien nee, vermeld dan a.u.b. aan welke ziektes/ klachten/ gebreken/ gevolgen van vroegere ongevallen u / de verzekerde persoon tot nu toe heeft geleden:

-
-
-
-
-

Graad van invaliditeit voor het ongeval: %

Ontvangt of ontving u/ de verzekerde persoon vóór het ongeval pensioenuitkeringen? Ja Nee

Indien ja, periode waarin deze uitkering werd ontvangen: van: tot:

Noem in het kort de reden voor de ontvangen uitkering:

10. 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.

11. 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.

Plaats

Datum

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

Verklaring van overdracht (cessieverklaring)

Bij deze draag ik,

Mevrouw

De heer

Voornaam/namen

Achternaam/namen

Straatnaam

Huisnummer

Land

Postcode / plaatsnaam

E-mail

Telefoon / mobiel

Geboortedatum

mijn aanspraken jegens mijn ziektekostenverzekeraar:

Naam van de ziektekostenverzekeraar

Polisnummer

Adres van de ziektekostenverzekeraar

met betrekking tot het ziektegeval/ongeval

van:

in (bestemmingsland/plaatsnaam):

af.

Plaatsnaam

Datum

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