

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. 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;
2. Sie senden uns alle Unterlagen per E-Mail. Mailen Sie dies an **schademeldingen@recreatieverzekeringen.nl**;
3. 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;

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
Wassenaarweg 40
6843 NW 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: _____
Geschlecht: Männlich Weiblich Geburtsdatum: ____ - ____ - _____
Adresse: _____ Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____ Wohnort: _____
Telefonnummer: _____ E-Mail-Adresse: _____
IBAN-Nummer: _____

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

Name: _____ Initialen: _____
Geschlecht: Männlich Weiblich Geburtsdatum: ____ - ____ - _____
Adresse: _____ Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____ Wohnort: _____
Telefonnummer: _____ E-Mail-Adresse: _____
IBAN-Nummer: _____

3. Allgemeine Daten

Policennummer: _____ Buchungsnummer: _____
Name des Unterkunftsunternehmens: _____ Buchungsdatum: ____ - ____ - _____
Was war die Reise- / Mietsumme?: _____ Betrag, den Sie bereits bezahlt haben oder Anzahlung: _____
Datum der Stornierung: ____ - ____ - _____

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

An welchem Datum sind Sie früher zurückgekehrt oder später angekommen? ____ - ____ - _____

oder

Wie viele Personen kamen nicht oder sind früher zurückgekehrt? _____ von _____

Wenn es sich um einen medizinischen Grund handelt, füllen Sie bitte Formular B aus. Andernfalls können Sie den Grund unter Frage 6 angeben:

5. Stornierungsgrund (nur für medizinische Gründe)

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

Nein, weiter mit Frage 6.

Ja, Sie müssen das zusätzliche Formular B 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? Bitte geben Sie auch den Namen der Straße und den Ortsnamen an:

Was war die Ursache des Unfalls? Bitte schildern Sie den Unfallhergang:

Wurde ein Protokoll erstellt? Nein Ja, bitte mitschicken

6. Grund für die Stornierung (Sonstiges)

- Sachbeschädigung
- Fahrzeugversagen aufgrund eines Unfalls
- Scheidung / Kündigung Vereinbarung des Zusammenlebens
- Arbeitslosigkeit
- nach Arbeitslosigkeit einen Job bekommen
- Zuteilung eines Miethauses / Kauf eines Hauses
- andere Ursache; nämlich:

7. Folgende Anhänge dem Formular A beifügen.

Wir bitten Sie, zusätzlich zu diesem vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Formular A des Schadenformulars auch die folgenden Anhänge beizufügen. Diese Daten sind notwendig, um den Leistungsanspruch beurteilen und eine Leistungszahlung vornehmen zu können.

- Reservierungs- und Stornierungsrechnung sowie (Kopie-) Versicherungsschein oder sonstiger Nachweis der Prämienzahlung.
- Nachweis der Schadensursache, wie:
 - Bestätigung des Krankenhausaufenthaltes
 - 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.

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 Versicherungspolizen beachten Sie bitte die Details für alle Versicherungspolizen):

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

Bovemij 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.bovemij.nl.

10. Unterschrift

Der Unterzeichnete, Versicherungsnehmer / Versicherte, erklärt, dass:

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

Wohnort : _____

Datum : ____ - ____ - _____

Name : _____

Unterschrift :

Formular B (für den medizinischen Dienst von Bovemij bestimmt)

1. Daten des Versicherungsnehmers / der versicherten Person

Name: _____ Initialen: _____
Geschlecht: Männlich Weiblich Geburtsdatum: ____ - ____ - _____
Adresse: _____ Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____ Wohnort: _____
Telefonnummer: _____ E-Mail-Adresse: _____

2. Gesundheitsdaten Versicherte/r

Wann sind die ersten Beschwerden aufgetreten? ____ - ____ - _____

Was sind deine Beschwerden?

Wann haben Sie bei diesen Beschwerden zuerst einen Arzt, einen Spezialisten, einen psychologischen Betreuer und / oder eine Gesundheitsfachkraft konsultiert?

____ - ____ - _____

Welche Diagnose wurde gestellt? _____

Wer hat die Diagnose gestellt? _____

Wann wurde die Diagnose gestellt? ____ - ____ - _____

Sind Sie gerade in Behandlung?

Nein

Ja, bitte angeben von wem:

Hausarzt

Facharzt

Psychologe

Gesundheitsfachkraft wie ein Physiotherapeut

Andere, nämlich: _____

Hatten Sie jemals ähnliche Beschwerden?

Nein, Sie können mit Punkt 3 fortfahren.

Ja, beantworten Sie die folgenden Fragen:

Wann sind die Beschwerden entstanden? ____ - ____ - _____

Woraus bestanden Ihre Beschwerden damals?;

Haben Sie bei diesen Beschwerden einen Arzt, Facharzt, einen psychologischen Betreuer und / oder eine Gesundheitsfachkraft konsultiert?

Nein

Ja, bitte angeben von wem:

Hausarzt

Facharzt

Psychologe

Gesundheitsfachkraft wie ein Physiotherapeut

Andere, nämlich: _____

Wann haben Sie sich von diesen Beschwerden erholt? ____ - ____ - _____

3. Folgende Anhänge dem Formular B beifügen.

Wir bitten Sie, zusätzlich zu diesem vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Teil B des Schadenformulars auch die folgenden Anhänge hinzuzufügen. Der medizinische Berater benötigt diese Informationen, um Bovemij medizinischen Rat geben zu können.

- Reservierungs- und Stornierungsrechnung sowie (Kopie-) Versicherungsschein oder sonstiger Nachweis der Prämienzahlung
- Bestätigung des Krankenhausaufenthaltes
- Trauerkarte nach dem Tod
- Aussage Ihres behandelnden Arztes, dass Sie nicht reisen konnten
- Schwangerschaftserklärung.

4. Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten

Bovemij 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.bovemij.nl.

5. Unterschrift

Der Unterzeichnete, Versicherungsnehmer / Versicherte, erklärt, dass:

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

Wohnort : _____

Datum : ____ - ____ - _____

Name : _____

Unterschrift :