

## SCHADEFORMULIER ANNULERING, VOORTIJDIGE TERUGKEER OF VERTREKSVERTRAGING

Polisnummer \_\_\_\_\_ Verzekeringsadviseur \_\_\_\_\_

Wij verzoeken u dit formulier zo nauwkeurig mogelijk ingevuld aan ons te retourneren, vergezeld van - voor zover nog niet in ons bezit -

de originele polis  
de originele annuleringskostennota  
de boekingsfactuur/-nota

bij particuliere boekingen tevens

de reserveringsbevestiging  
het bewijs van aanbetaling(en)

Verzekeringnemer \_\_\_\_\_ Beroep/bedrijf \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_ (Post)banknr. \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_ Tel.nr. \_\_\_\_\_  
geboortedatum \_\_\_\_\_ E-mailadres: \_\_\_\_\_  man  vrouw

Op welke datum heeft u uw reis geboekt? Datum: \_\_\_\_\_

Op welke datum zou u op reis gaan? Vertrekdatum: \_\_\_\_\_

Wat was de geplande datum van terugkomst? \_\_\_\_\_ Terugkomstdatum: \_\_\_\_\_

Hoeveel bedroeg de reissom c.q. huursom? \_\_\_\_\_ Bedrag • \_\_\_\_\_

### INVULLEN BIJ ANNULERING DOOR ZIEKTE, ONGEVAL OF OVERLIJDEN

Gegevens zieke/gewonde/overledene Naam en voornamen \_\_\_\_\_  
geboortedatum \_\_\_\_\_  man  vrouw  
adres en woonplaats \_\_\_\_\_

Relatie tot verzekeringnemer \_\_\_\_\_

Huisarts naam \_\_\_\_\_  
adres en woonplaats \_\_\_\_\_

Specialist naam \_\_\_\_\_  
adres en woonplaats \_\_\_\_\_

Ziekenhuis naam en plaats \_\_\_\_\_

Omschrijving van de aard en ernst van de ziekte of het ongeval \_\_\_\_\_

Wanneer deden zich de eerste ziekteverschijnselen voor, respectievelijk wanneer vond het ongeval plaats? d.d. \_\_\_\_\_

Wanneer werd hiervoor voor het eerst een arts geraadpleegd? d.d. \_\_\_\_\_

Was de behandelend arts ervan op de hoogte dat u een reis wilde boeken?  ja  nee

Wanneer bleek voor het eerst de noodzaak om de reis te annuleren? d.d. \_\_\_\_\_

Is de reis op advies van een arts geannuleerd?  ja  nee

Zo ja, door welke arts? naam \_\_\_\_\_  
adres en woonplaats \_\_\_\_\_

Op welke datum is de reis geannuleerd? d.d. \_\_\_\_\_

Naam uitvoerende reisorganisator, reisondernemer of touroperator \_\_\_\_\_

Hoeveel bedragen de kosten van annulering? • \_\_\_\_\_

## INVULLEN BIJ VOORTIJDIGE TERUGKEER

Is contact opgenomen met de Noordhollandse Hulpdienst?  nee  ja, dossiernr. \_\_\_\_\_  
Op welke datum is de terugreis aangevangen? d.d. \_\_\_\_\_  
Welke personen zijn teruggekeerd? Namen \_\_\_\_\_

Ziekenhuisopneming tijdens de oorspronkelijke reis?  nee  ja, periode: van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

## INVULLEN BIJ VERTREKSVERTRAGING VAN BOOT, BUS, TREIN OF VLIEGTUIG

(originele reisbiljetten meezenden a.u.b.)

Wat was het oorspronkelijke tijdstip van vertrek op de heenreis? d.d. \_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_  
Wat was het oorspronkelijke tijdstip van aankomst op de vakantiebestemming? d.d. \_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_  
Met welke luchtvaartmaatschappij werd gevlogen? \_\_\_\_\_  
Wat was het vluchtnummer? \_\_\_\_\_  
Wanneer vond het vertrek plaats? d.d. \_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_  
Op welk tijdstip werd de vakantiebestemming bereikt? d.d. \_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_  
Wat was de oorzaak van de vertraging? \_\_\_\_\_

## INVULLEN BIJ ANNULERING OF VOORTIJDIGE TERUGKEER DOOR ANDERE OORZAKEN DAN ZIEKTE OF ONGEVAL

Het niet kunnen ondergaan van een inenting?  ja  nee  
Een van belang zijnde zaakschade?  ja  nee  
Onvrijwillige werkloosheid van verzekerde?  ja  nee  
Het uitvallen van het privé vervoermiddel?  ja  nee  
Andere verzekerde oorzaak?  ja  nee  
(Oorzaak hieronder toelichten met overlegging van bewijsstukken.)  
Kunt u aanspraak maken op gehele of gedeeltelijke restitutie van de zijde van de reisorganisator, reisondernemer of touroperator?  ja  nee  
Zo ja, hoeveel? • \_\_\_\_\_

## PRIVACY-REGLEMENT

De op dit formulier en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de maatschappij gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacy-reglement van toepassing. Aanmelding van deze registratie bij de Registratiekamer is gedaan op 13 september 1990.

Een afschrift van het formulier van aanmelding ligt voor een ieder ter inzage bij de maatschappij.

De verstrekte gegevens kunnen ook worden verwerkt in het Centraal Informatiesysteem van de in Nederland werkende verzekeringsmaatschappijen. Aanmelding van deze registratie bij de Registratiekamer is gedaan op 23 april 1990. Een afschrift van het formulier van aanmelding ligt voor een ieder ter inzage bij de Stichting CIS, Westblaak 108, 3012 KM Rotterdam.

### Ondergetekende verklaart

- vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen;
- dit schadeformulier en de eventueel nog nader te verstrekken gegevens aan de maatschappij te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering;
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

Plaats \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Handtekening verzekeringnemer/verzekerde \_\_\_\_\_

Indien u een vergoeding vraagt op de annuleringskostenverzekering in verband met ziekte of ongeval zou onze medisch adviseur graag over nadere medische informatie van de u behandelende en of controlerende artsen / therapeuten beschikken. Dit is alleen mogelijk indien u daarmee instemt. Zie voor meer informatie ter zake de toelichting 'werkwijze medisch adviseur' op de achterzijde van dit formulier.  
Wilt u de onderstaande machtiging verder invullen, ondertekenen en dit gehele formulier in de bijgevoegde antwoortenveloppe terugzenden?

---

### MEDISCHE MACHTIGING

Ondergetekende \_\_\_\_\_  
Naam \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_  
Woonplaats \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_\_

verleent hierbij machtiging aan zijn behandelende artsen om aan de medisch adviseur van de N.V. Noordhollandsche van 1816 ( R. Duquesnoy.), de door hem gewenste informatie te verschaffen, voor zover die betrekking heeft op de ziekte die, c.q. het door ondergetekende bij het ongeval d.d. \_\_\_\_\_ opgelopen letsel dat, ten grondslag heeft gelegen aan de annulering c.q. vroegtijdige terugkeer van de door ondergetekende voorgenomen reis.  
Een en ander ter beoordeling van de omvang van de schadeloosstelling, waarop ondergetekende aanspraak maakt jegens de N.V. Noordhollandsche van 1816.

Plaats \_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

Ingeval bovengenoemde minderjarig/handlingsonbekwaam is,  
handtekening wettelijk vertegenwoordiger:

\_\_\_\_\_ (Naam) \_\_\_\_\_

---

## **Werkwijze medisch adviseur**

L.S.

Het is de taak van een medisch adviseur om de verzekeringsmaatschappij, waarvoor hij optreedt, te informeren over de medische aspecten verbonden aan een ingediende claim.

In verband hiermee verzamelt hij medische gegevens. Hij kan zo nodig degene die lichamelijke schade opgelopen heeft, verzoeken om medewerking te verlenen aan een onderzoek te verrichten door een onafhankelijke (huis)arts die aan hem rapporteert. Ook kan hij, indien hij daarvoor schriftelijk toestemming heeft ontvangen, informatie inwinnen bij behandelend artsen en eventueel bij andere verzekeringsmaatschappijen en of uitvoeringsinstelling, arbodienst e.d. Dit inwinnen van medische informatie is alleen toegestaan indien u daarmee instemt. Hiertoe is een door u ondertekende machtiging vereist.

Ook kan het zo zijn dat de medisch adviseur van u, of van uw belangenbehartiger medische gegevens ontvangt. De mogelijkheid bestaat dat hij de verzamelde medische gegevens stuurt naar de onafhankelijke (huis)arts. Voorts bestaat de mogelijkheid dat hij een specialist vraagt een nader onderzoek te verrichten, waarbij relevante medische gegevens kunnen worden meegestuurd.

Daarnaast kan door de verzekeringsmaatschappij (of door de belangenbehartiger) een schaderegelaar, of een arbeidsdeskundige worden ingeschakeld. Gewoonlijk wordt die persoon gevraagd welke schadegevolgen er uit het aan u overkomen ongeval voortvloeien. Zo'n deskundige zal zowel degene die hem ingeschakeld heeft, als u informeren over de gang van zaken om tot een regeling te komen van de door u geleden schade.

Voor alle medische gegevens geldt dat deze worden beheerd door de medisch adviseur. De medisch adviseur vormt in het kader van de medische informatieverstrekking tezamen met zijn arbeidsdeskundigen, schaderegelaars en andere directe medewerkers met betrekking tot de ingediende claim, een zogenaamde functionele eenheid (een claimbehandelingsteam). Voor de behandeling van de door u geleden schade is het wenselijk dat de teamleden kennis hebben van medische gegevens. De medisch adviseur zal de teamleden de medische gegevens verstrekken, die nodig zijn voor het behandelen van uw claim. De teamleden zullen zich bij het kennismaken van uw medische gegevens gedragen naar de aanwijzingen van de medisch adviseur. Zij zullen uw gegevens strikt persoonlijk behandelen.

Desgewenst kunt u altijd een arts aanwijzen aan wie de verzamelde medische gegevens kunnen worden toegezonden, zodat deze arts u een advies kan geven.

Het is mogelijk dat meer dan één medisch adviseur zich met uw claim bezighoudt.

Hoogachtend,

R. Duquesnoy, r.g.a.