

Hoofdkantoor: Noorderkerkstraat 5-7 • Postbus 1845 • Paramaribo, Suriname • Tel (+597)471541

Filiaal Kwatta: Kwattaweg 405 • Paramaribo, Suriname • Tel (+597)465755

Filiaal Commewijne: Oost-West verbinding 51 • Meerzorg, Suriname • Tel (+597)354356

Filiaal Nickerie: Landingstraat 14 • Nieuw Nickerie, Suriname • Tel (+597)231537

SCHADE - AANGIFTEFORMULIER ANNULERINGSVERZEKERING

BELANGRIJK:

Ter bevordering van een snelle afhandeling is het beslist noodzakelijk, dat het formulier zo nauwkeurig mogelijk wordt ingevuld en dat het inzenden geschiedt onder gelijktijdige toezending van:

- De originele polis, de boekingsbevestiging en de nota
- De annuleringskostennota (deze ontvangt u van uw reisbureau of reisorganisatie)
- Eventuele overige bewijsstukken

1. ALGEMENE GEGEVENS

Gegevens van de verzekering (s.v.p. overnemen uit uw polis)

Polisnummer: Verzekerd bedrag:

Datum afgifte:

2.A. VERZEKERDE

Naam en voornamen (voluit) : Geslacht: ☐ M ☐ V

Geboortedatum : Nationaliteit:

Beroep/ Studie : ID/ paspoortnr.:

Adres : Woonplaats:

Telefoon : Mobielnr.:

E-mail adres :

2.B. INDIEN EEN EVENTUELE REISGENOOT GEEN GEZINSLID IS VAN VERZEKERDE, DIENS PERSONALIA HIERONDER VERMELDEN

Naam en voornamen (voluit) : Geslacht: ☐ M ☐ V

Geboortedatum : Nationaliteit:

Beroep/ Studie : ID/ paspoortnr.:

Adres : Woonplaats:

Telefoon : Mobielnr.:

E-mail adres :

Relatie tussen verzekerde en reisgenoot:

3. UITSLUITEND IN TE VULLEN BIJ ANNULERING ALS GEVOLG VAN ZIEKTE/ONGEVAL OF OVERLIJDEN

Naam en voornamen (voluit) van de zieke/ gewonde/ overledene :

Geboortedatum :

Adres : Woonplaats:

Relatie tot verzekerde :

Naam huisarts :

Adres huisarts : Woonplaats:

Naam specialist :

Adres specialist : Woonplaats:

4. OMSCHRIJVING ZIEKTE/ONGEVAL

a. Korte omschrijving van de aard en ernst van de ziekte:

.....

b. Wanneer deden zich de eerste ziekteverschijnselen voor, respectievelijk op welke datum vond het ongeval plaats?

.....

c. Hoe was de gezondheidstoestand van degene bij vraag 2 bij het boeken van de reis?

.....

d. Werde reeds eerder aan deze ziekte geleden? ☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, hoeveel keer en gedurende welke periode?

.....

e. Is er sprake van verergering van de ziekte(n), waarvoor hij/zij ten tijde van het aangaan van de verzekering onder geneeskundige behandeling en/of controle was?

f. Kort omschrijving van het ongeval(oorzaak, toedracht enz.)

g. Is er sprake van overlijden? ☐Ja ☐Nee

h. Waaruit bestaat het letsel?

i. Op welke datum werd voor deze ziekte / dit ongeval voor het eerst een arts geraadpleegd?

j. Was de behandelende arts op de hoogte dat u een reis wilde boeken?

k. Wanneer bleek voor het eerst de noodzaak om de reis te annuleren?

l. Is de reis op advies van een arts geannuleerd en op welke datum werd dit advies gegeven? ☐Ja ☐Nee

Zo ja, welke arts? naam en adres:

m. Wie draagt naar uw mening schuld aan het ongeval? (Bewijsstukken bijvoegen)

5. ANNULERING

a. Op welke datum is de reis geannuleerd?

b. Bij welk reisbureau is er geannuleerd?

c. Naam reisorganisatie, reisondernemer, of touroperator die de geboekte reis uitvoert?

d. Hoeveel bedragen de kosten van annulering?

6. ANNULERING DOOR ANDERE OORZAKEN

Wilt u hieronder opgeven waarom u de reis moest annuleren, wanneer de noodzaak tot annuleren bekend werd en wanneer de gebeurtenissen, die aan de noodzaak tot annuleren ten grondslag lagen, zich voordeden? Wilt u een en ander zo uitvoerig mogelijk toelichten en bewijsstukken meezenden?

7. VERGOEDING OP GROND VAN ANDERE VERZEKERING, DE WET OF ANDERE VOORZIENING.

Maakt u aanspraak op een uitkering op grond van een andere verzekering, een wettelijke bepaling of andere voorziening? ☐Ja ☐Nee

Zo ja welke?

8. NADERE BIJZONDERHEDEN

Wilt u hieronder opgeven of er nadere bijzonderheden zijn, die nog van belang zijn voor de beoordeling en afwikkeling van deze schade?

Ondergetekende verklaart:

- vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist 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 overleggen gegevens aan FATUM Schadeverzekering N.V. te verstrekken mede om te dienen tot vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering;
- hierbij voor zover nodig toestemming te geven aan de medische adviseur(s) van FATUM Schadeverzekering N.V. de van belang zijnde medische gegevens te verschaffen met betrekking tot de reden en achtergrond in geval van geneeskundige behandeling, ziekenhuisopname en/of repatriëring;
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen;
- bekend te zijn met de bepaling, dat bij onware opgave elk recht op uitkering vervalt.

Handtekening verzekeringnemer:

Datum: / / 20