



## Zusätzliche Informationen zur Einreichung Ihrer Stornierung!

### STORNIERUNGSSCHADEN MELDEN?

Sehr geehrter Versicherter,

Es ist immer ärgerlich, wenn Sie Ihren Urlaub stornieren müssen. Damit Ihre Stornierung jedoch ordnungsgemäß und schnell abgewickelt werden kann, ist es wichtig, dass Sie die folgenden Informationen sorgfältig lesen.

#### Wir bieten Ihnen drei Möglichkeiten, Ihren Stornierungsanspruch bei uns einzureichen:

1. Am schnellsten und einfachsten geht es, wenn Sie alles online ausfüllen und die anderen Unterlagen beifügen. Die erwartete Bearbeitungszeit beträgt maximal 2 Wochen. Besuchen Sie dazu <https://www.recreatieverzekeringen.nl/schademelding>
2. Sie senden uns alle Unterlagen per E-Mail. Die erwartete Bearbeitungszeit beträgt maximal 3 Wochen. Senden Sie alles per E-Mail an [schademeldingen@recreatieverzekeringen.nl](mailto:schademeldingen@recreatieverzekeringen.nl)
3. Sie füllen das Schadensformular so gut wie möglich aus (alles, was mit Ihrer Stornierung zu tun hat) und senden es zusammen mit den anderen Unterlagen per Post an uns. Die erwartete Bearbeitungszeit beträgt maximal 4 Wochen.

**Belangrijk! Ter bevordering van een snelle afhandeling is het beslist noodzakelijk dat het schadeformulier zo volledig mogelijk wordt ingevuld en dat u de volgende stukken gelijktijdig meestuur.**

#### Folgende Anlagen müssen dem Schadensformular beigelegt werden:

- Stornierungsrechnung (bei der Organisation anzufordern, bei der Sie den Aufenthalt gebucht haben).
- Eine Kopie Ihrer Reservierungs- oder Buchungsbestätigung.
- Anlagen, aus denen der Grund für die Stornierung hervorgeht.

Als u alles per post naar ons opstuurt, doet u dit dan naar ons postadres:

**RecreatieVerzekeringen.nl**  
**Meester E.N. van Kleffensstraat 6**  
**6842 CV Arnhem**

Wir werden Sie per E-Mail über den weiteren Verlauf der Bearbeitung informieren. Geben Sie daher auf dem Schadensformular deutlich Ihre E-Mail-Adresse an.

**Wichtiger Hinweis! Fügen Sie nur Anlagen bei, die für die Bearbeitung der Stornierung wichtig sind. Senden Sie also niemals dieses Deckblatt mit. Aber auch nicht die Versicherungskarte, Blatt 2 der Stornierungskostenabrechnung und Seiten, auf denen nur Informationen stehen.**



## 6. Sonstige Stornierungsgründe

(sonstige nicht medizinische Gründe)

Fahrzeugausfall aufgrund eines Unfalls (**eine Panne, mechanisches Versagen und dergleichen fallen nicht darunter**)

Scheidung / Auflösung des Partnerschaftsvertrags

Arbeitslosigkeit des Versicherten (**nach Festanstellung, infolge unfreiwilliger Entlassung**)

Arbeitsantritt nach Arbeitslosigkeit (**Beschäftigung von mindestens 20 Stunden pro Woche, für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten oder auf unbestimmte Zeit**)

Zuweisung einer Mietwohnung/Kauf einer Neubauwohnung (**unerwarteter Erhalt einer Mietwohnung oder unerwartete Übergabe einer Neubau-Eigentumswohnung, siehe hier der Versicherungsbedingungen für die vollständige Beschreibung**)

Schwangerschaft (**unmittelbar bevorstehende Entbindung, wenn die Reise vor Beginn der Schwangerschaft des Versicherten oder seines Partners gebucht wurde**)

Tod --Beziehung zur verstorbenen Person: \_\_\_\_\_

Andere Ursache (dies kann niemals ein medizinischer Grund sein!); nämlich:

**Danach können Sie mit Frage 9 fortfahren**

**Wenn es sich um einen medizinischen Grund handelt, sollten Sie bei Frage 7 alles vollständig ausfüllen, damit es bei der Bearbeitung Ihrer Stornierung nicht zu unnötigen Verzögerungen kommt. Geben Sie auch alle Daten so gut wie möglich an.**

## 7. Stornierung aus medizinischen Gründen

**Angaben zur Gesundheit des Versicherten/Mitversicherten oder des Familienmitglieds 1. oder 2. Grades**

Wann traten die ersten Beschwerden auf? \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (vollständiges Datum: Tag/Monat/Jahr)

Worin bestehen Ihre Beschwerden?:

Wann haben Sie wegen dieser Beschwerden zum ersten Mal einen Hausarzt, Facharzt und/oder Hilfsmediziner aufgesucht?

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (vollständiges Datum: Tag/Monat/Jahr)

Welche Diagnose wurde gestellt?

Wer hat die Diagnose gestellt? (Name des behandelnden Arztes und/oder Krankenhauses eintragen)

Wer hat die Diagnose gestellt? (Name des behandelnden Arztes und/oder Krankenhauses eintragen)

Wann wurde die Diagnose gestellt? \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (vollständiges Datum: Tag/Monat/Jahr)

Ga verder op pagina 3

Befinden Sie sich derzeit in Behandlung?

Nein

Ja. Bitte geben Sie an, bei wem:

Hausarzt

Facharzt

Hilfsmediziner, wie ein Psychologe

Physiotherapeut

Anders, nämlich: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie schon einmal ähnliche Beschwerden?**

Nein. Sie können mit Frage 8 fortfahren.

Ja. Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Seit wann hatten Sie damals Beschwerden? \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (vollständiges Datum: Tag/Monat/Jahr)

Worin bestanden damals Ihre Beschwerden?:

Haben Sie wegen dieser Beschwerden damals einen Hausarzt, Facharzt und/oder Hilfsmediziner aufgesucht?

Nein

Ja. Bitte geben Sie an, bei wem:

Hausarzt

Facharzt

Hilfsmediziner, wie ein Psychologe

Physiotherapeut

Anders, nämlich: \_\_\_\_\_

Ab wann haben Sie sich von diesen Beschwerden erholt? \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (vollständiges Datum: Tag/Monat/Jahr)

## 8. Unfall ja/nein

(Im Falle eines Unfalls füllen Sie bitte auch die folgenden Fragen aus)

Datum und Uhrzeit des Unfalls? \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_:\_\_\_\_ uhr

Wo hat sich der Unfall ereignet? Bitte geben Sie den Namen der Straße und der Stadt an?:

Was war die Unfallursache? Bitte beschreiben Sie dabei auch die Umstände?:

**Wurde ein Polizeibericht erstellt?**

Nein

Ja, bitte beifügen

## 9. Angaben zu anderen beteiligten Versicherern

Haben Sie das Stornierungsrisiko auch bei einem anderen Versicherer versichert? Zum Beispiel eine laufende Reise-/Reiserücktrittsversicherung für Sie oder einen Ihrer Mitreisenden.

Nein. Sie können mit Punkt 9 fortfahren.

Ja. Beantworten Sie dann bitte die folgenden Fragen (falls Sie mehrere Policen abgeschlossen haben, notieren Sie bitte die Angaben für alle Policen):

Wie lautet der Name dieses Versicherers?: \_\_\_\_\_

Wie lautet die Policennummer dieser Versicherung?: \_\_\_\_\_

Haben Sie diese Versicherung in Anspruch genommen?      Nein              Ja

Erhalten Sie von diesem Versicherer eine Erstattung?      Nein              Ja

## 10. Verarbeitung personenbezogener Daten

Anker Insurance Company n.v. und RecreatieVerzekeringen.nl legen großen Wert auf den Schutz Ihrer Privatsphäre. Wir behandeln Ihre Daten vertraulich und in voller Übereinstimmung mit den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in der Datenschutzerklärung auf unserer Website: [www.recreatieverzekeringen.nl](http://www.recreatieverzekeringen.nl).

## 11. Beizufügende Anlagen

**Wenn es sich um einen medizinischen Grund handelt, müssen Sie die folgenden Anlagen beifügen:**

- Kopie der ursprünglichen Reservierungs-/Buchungsbestätigung
- Stornierungsrechnung (bei der Organisation anfordern, bei der Sie den Aufenthalt gebucht haben)
- Bestätigung/Nachweis des Krankenhausaufenthaltes, oder
- Erklärung Ihres behandelnden Arztes, dass Sie nicht reisen konnten (keine medizinischen Angaben beifügen)

**Wenn es sich um einen nicht medizinischen Grund handelt::**

- Kopie der ursprünglichen Reservierungs-/Buchungsbestätigung
- Stornierungsrechnung (bei der Organisation anfordern, bei der Sie den Aufenthalt gebucht haben)
- Belege, aus denen der Grund für die Stornierung hervorgeht, wie z.B.:
  - Kopie der Trauerkarte
  - Nachweis der Eintragung und Mietvertrag oder Nachweis des Erwerbs einer Neubauwohnung
  - Kopien von Briefen über die Entlassung oder die Aufnahme einer Beschäftigung nach der Arbeitslosigkeit
  - Kopien von Briefen über eingeleitete Scheidungsverfahren oder die Auflösung einer Lebenspartnerschaft
  - Schwangerschaftsbescheinigung (mit voraussichtlichem Entbindungsdatum)

**Fügen Sie immer alle Anlagen bei. Wenn Sie die angeforderten Anlagen nicht beifügen, kann dies zu unnötigen Verzögerungen bei der Bearbeitung Ihrer Stornierung führen.**

## 12. Erklärung

Der Unterzeichnete, Versicherungsnehmer / Versicherte, erklärt, dass:

er / sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet hat;

er / sie keine Besonderheiten zu diesem Schaden ausgelassen hat;

er / sie mit dem Inhalt der Police und den Versicherungsbedingungen und Konditionen vertraut ist.

Ort : \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Name : \_\_\_\_\_

Unterschrift :