

schadeaangifteformulier

Special ISIS, ISIS Continu, ISIS Incoming en ISIS Au pair verzekering

Belangrijk: wij kunnen uw declaratie sneller behandelen indien dit formulier volledig en duidelijk leesbaar is ingevuld.
Zendt u alstublieft alle originele nota's en documenten die van belang kunnen zijn voor de behandeling van uw declaratie met dit formulier mee.

ALGEMENE POLISGEGEVENS

polisnummer

VERZEKERINGNEMER

naam en voorletters man vrouw

straat en huisnummer | postcode | plaats

telefoon/mobiel | email

geboortedatum (d-m-j) | nationaliteit

bank/girorekening | t.n.v. | te

doel van de reis vakantie werk anders, nl.

SCHADE AAN BAGAGE (alleen invullen indien van toepassing)

schadedatum (d-m-j) | tijdstip (uu:mm)

land/plaats/adres van schade

omschrijving van de toedracht (zodanig een situatieschets en/of toelichting op een los blad bijvoegen)

Bij welke instantie(s) werd aangifte gedaan? (verklaring, rapport, p.i.r. of proces verbaal meesturen)

politie, plaats

vervoersonderneming. Heeft de vervoersonderneming schade (deels) vergoed? nee ja, nl. €

anders, nl.

SCHADEBEDRAG (Alleen invullen indien van toepassing. Originele nota's of offertes meezenden)

gegevens beschadigde/vermiste goederen (voorwerp, merk en type)	aankoopdatum (d-m-j)	aankoopbedrag
		€
		€
		€
		€

Is de schade te herstellen? (beschadigde goederen voorlopig bewaren en originele reparatienota meesturen)

nee ja, reparatie wordt uitgevoerd door

Bent u elders tegen deze schade verzekerd?			
<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, naam maatschappij	polis-/certificaatnummer	
soort verzekering		verzekerd bedrag	€
Krijgt u vergoeding op deze verzekering?			
<input type="checkbox"/> ja, welk bedrag (betalingsbevestiging meesturen)		€	
<input type="checkbox"/> nee, toelichting			

GEGEVENS ZIEKTE/ONGEVAL (alleen invullen indien van toepassing. nota's eerst indienen bij de zorgverzekeraar)

ziektebeeld	
aard ziekte/klachten	
sinds (d-m-j)	datum eerste geneeskundige hulp (d-m-j)
diagnose	
hersteld? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	ziekenhuisopname nodig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

Voor ziektekosten verzekerd bij? (maatschappij)	polisnummer
Krijgt u vergoeding op deze verzekering?	
<input type="checkbox"/> ja, welk bedrag (betalingsbevestiging meesturen)	
<input type="checkbox"/> nee, toelichting	

ONGEVAL (ALLEEN INVULLEN INDIEN VAN TOEPASSING. NOTA'S EERST INDIENEN BIJ DE ZORGVERZEKERAAR)

datum ongeval (d-m-j)	tijdstip (uu:mm)
plaats/adres van het ongeval	
omschrijving van oorzaak van het ongeval (zodig een situatieschets en/of toelichting op een los blad bijvoegen)	
gevolgen ongeval/omschrijving letsel	

BUITENGEWONE KOSTEN (bijvoorbeeld extra reis- en verblijfkosten. alleen invullen indien van toepassing. originele nota's, tickets etc. bijvoegen)

Waaruit bestaan de buitengewone kosten en naar aanleiding waarvan moesten deze worden gemaakt?

ONDERTEKENING

U verklaart met de ondertekening de bovenstaande vragen naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord, volledige en juiste informatie te hebben verstrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot de aanspraak op uitkering te hebben verzwegen. U verklaart dit schadeformulier en de eventueel nog nader te verstrekken gegevens aan de maatschappij op te sturen om te dienen tot vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering. U verklaart bekend te zijn met de inhoud van dit formulier.

Alle verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in de databank van de Stichting Centraal Informatie Systeem van in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Het privacyreglement van de Stichting CIS is op de registratie van toepassing. Zie www.stichtingcis.nl.

datum (d-m-j)	plaats	handtekening verzekeringnemer/verzekerde*
---------------	--------	---

* bij minderjarigheid handtekening ouder/voogd