

SCHADE AANGIFTEFORMULIER REISVERZEKERING

0 3 4 2

Dit formulier wordt automatisch verwerkt. A.u.b. één letter/cijfer per hokje invullen, respectievelijk aankruisen wat van toepassing is!

Soort reisverzekering

- Doorlopend
- All Travels Card
- Vakantie-Strippenkaart

Polisnummer

 Kortlopend

Afgifte- of Boekingsnummer

 Reis Garant Plan Reis Totaal

Verzekering gesloten op

- 2 0

Verzekerde die schade indient

Achternaam Voorletters Tussenvoegsel geslacht
 m v

Straatnaam Huisnummer

Postcode Woonplaats

Geboortedatum E-mailadres

Telefoonnummer Mobiel nummer

Beroep Nationaliteit

Bank- of Gironummer ANWB-lidmaatschapsnummer IRK-nummer

Indien naam en/of adres van de rekeninghouder verschilt met die van bovengenoemde verzekerde, dan hieronder a.u.b. diens achternaam, postcode en huisnummer invullen.

Achternaam Postcode Huisnummer

Schadegegevens

Datum aanvang reis Schadedatum Tijdstip schade
 - 2 0 - 2 0 : uur

Plaats Land

De schade betreft

- verlies/beschadiging ziekte verzekerde familie-omstandigheden staking uitval auto mechanisch
- diefstal/beroving ongeval verzekerde natuurramp uitval auto ongeval uitval vakantieverblijf

Schadebedrag

- bagage tot € 227,- tot € 908,- boven € 908,-
- onvoorziene uitgaven tot € 454,- boven € 454,-
- medische kosten tot € 454,- boven € 454,-
- vervangend vervoer/verblijf tot € 680,- boven € 680,-
- mechanische schade tot € 680,- boven € 680,-
- casco schade tot € 680,- boven € 680,-

ANWB-Alarmcentrale ingeschakeld? ja nee

Dossiernummer

Aangegeven bij politie of vervoerder nee ja (aangifte bijvoegen)

Invullen door tussenpersoon

Agentnummer Informatie over schade Schadenummer (indien reeds bekend)
 ja nee

Naam agent Woonplaats

ONDERDEEL F Kosten van medische behandeling

Originele nota's gelieve u eerst bij uw zorgverzekeraar in te dienen. Graag vernemen wij te zijner tijd welke vergoeding u gekregen heeft. Zend daartoe de afrekenstaat van uw zorgverzekeraar, met kopieën van de gedeclareerde nota's, onder vermelding van ons schadenummer.

Gegevens patiënt

Achternaam	Voorletters	Tussenvoegsel	geslacht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v
Straatnaam		Huisnummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Postcode	Woonplaats		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Geboortedatum	Telefoon		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Naam zorgverzekeraar	Plaats		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Polis- of inschrijfnummer	Originele nota's daar ingediend?		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		
Soort letsel of ziekte			
<input type="text"/>			

Behandeling vindt plaats	<input type="checkbox"/> niet meer	<input type="checkbox"/> door huisarts	<input type="checkbox"/> door specialist	Naam huisarts
				<input type="text"/>
Ziekenhuisopname	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Aantal dagen	<input type="text"/>

Datum constatering eerste ziekteverschijnselen	Bevestigd door arts (naam)
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Eerder dezelfde ziekte gehad?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, indien ja wanneer?
	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Hoelang duurde genezing toen?	Wie was toen de behandelend arts?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kostenspecificatie van medische kosten, ambulancevervoer, e.d.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> originele nota's bijgevoegd	<input type="checkbox"/> kopie-nota's bijgevoegd	<input type="checkbox"/> afrekenstaat zorgverzekeraar bijgevoegd
Totaal		<input type="text"/>

Ondergetekende verklaart:

- vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt en alle bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben meegedeeld;
- dit schade-aangifteformulier en de eventueel nog nader over te leggen 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.

De door verzekerde op dit formulier aangeleverde gegevens kunnen worden verwerkt in een Centraal Informatie Systeem van Verzekeraars in Nederland, eigendom van de stichting CIS te Zeist (www.stichtingcis.nl). Aanmelding van deze verwerking van persoonsgegevens is op 9 augustus 2002 gedaan bij het College Bescherming Persoonsgegevens. De op dit formulier ingevulde persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door Unigarant N.V. gevoerde cliëntenregistratie.

Datum	Handtekening
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

BELANGRIJK

Wilt u nimmer iets nazenden zonder vermelding van het schadenummer en wilt u van een nazending zo mogelijk reeds nu mededeling doen op dit formulier? Ook bij correspondentie verzoeken wij u steeds het schadenummer te vermelden, want het ontbreken hiervan betekent niet zelden een aanzienlijk oponthoud.

Stuur ter bespoediging van de behandeling originele bewijsstukken, nota's en verzekeringsbewijs mee.