

# Aangifte Schadeclaim Formulier



Aangifte Schadeclaim Referentie:

\_\_\_\_\_  
(Voorbehouden administratie)

Uw gegevens

Volledige naam:

Soort schadeclaim:

Datum:

Adres:

Telefoonnummer:

E-mail adres:

## Belangrijke Information

1. Vul alstublieft het bijgevoegde claimformulier in.
2. Eventuele notities kunt u aan het einde van dit claimformulier toevoegen
3. Vul hieronder alstublieft de benodigde documenten die u wilt bijvoegen met deze schadeclaim formulier:

(Gelieve te verwijzen naar het bewijs voor schadeclaims in uw polis document dat verstreken is naar u bij uw aankoop)

a)

b)

c)

d)

# Aangifte Schadeclaim Formulier



e)

f)

4. Gelieve het volledige claim formulier inclusief de relevante documentatie te verzenden naar:

Intana  
Sussex House  
Perrymount Road  
Haywards Heath  
RH16 1DN  
United Kingdom

**Polis information:**

Polisnummer:

Reisverzekering  
aangeschaft op:

Polis Type:

Dekking datum:

Additionele dekking:

Medische toestand:

Enige Amendementen:

# Aangifte Schadeclaim Formulier



Verzekerde die schade heeft geleden:

Volledige Naam:	Geboortedatum:	Beroep:	Nationaliteit:	Geboorteplaats:

Reis gegevens:

Reisboeking Datum:

---

Vertrek Datum:

---

Retour Datum:

---

Vakantiebestemming:

---

Reisdoel:

---

Omschrijf gedetailleerd waarvoor u claimt:

---

---

---

Bedrag:

€

---

# Claim formulier voor Medische Onkosten en Verkorting



Gelieve te MERKEN



Ziekte



Letsel



1. Datum en tijd van ziekte/ letsel:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ : \_\_\_\_\_

2. Land waar Ziekte of Letsel plaatvond:

\_\_\_\_\_

3. Volledige beschrijving/diagnose van ziekte of letsel:

---

---

---

---

---

---

1. Medische voorgeschiedenis

Lijdt u aan een aandoening of een gelijkaardige aandoening die de aangifte van deze schadeclaim heeft veroorzaakt, voor het afsluiten van

deze verzekering of het reserveren van uw vakantie of voor het reizen?

Ja  Nee

Gelieve uw dokter het medische attest in de bijlage te laten invullen

2. Ziekenhuis/ kliniek met gegevens waar een behandeling wordt gegeven:

Naam:

\_\_\_\_\_

Adres:

\_\_\_\_\_

Telefoon nummer: (indien geweten)

\_\_\_\_\_

# Claim formulier voor Medische Onkosten en Verkorting



Naam behandelende dokter  
(indien geweten)

---

3. Indien u een intramurale patiënt was, gelieve het volgende in te vullen:

Datum van opname: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Datum van ontslag: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hebt u contact opgenomen met de Medische Bijstandorganisatie zoals aangegeven  
in uw polis:

Ja  Nee

Indien Nee, gelieve ons een schriftelijke verklaring te geven waarom de medische bijstandsorganisatie niet gecontacteerd is:

---

---

Indien Ja, gelieve de datum van uw eerste telefoontje te bevestigen:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Persoon met wie u hebt gesproken en het referentienummer:

---

Hebt u uw EZVK?:

Ja  Nee

Hebt u het laten zien aan de dokter/ ziekenhuis:

Ja  Nee

Hebt u particuliere reisverzekering vb. BUPA, PPP enz?

Ja  Nee

Indien Ja, gelieve de verlener, het polisnummer en de verzekeraar te bevestigen:

---

Gelieve de gevorderde Medische Onkosten te noteren:

# Claim formulier voor Medische Onkosten en Verkorting



Gelieve de gevorderde Medische Onkosten te noteren samen met de ontvangen behandeling	Valuta en het betaalde bedrag	Aankoopbewijs	Aan wie moet de betaling worden overgemaakt
		Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/>	

**Verkorting – Gelieve dit deel ALLEEN in te vullen indien u vroeger dan gepland naar huis bent teruggekeerd**

Reden van verkorting:

Ziekte  Letsel  Ziekte/ letsel of overlijden familielid  Andere

Reden van verkorting:

---

---

Indien de verkorting het gevolg is van ziekte/letsel of overlijden van iemand die niet op uw polis vermeld staat, gelieve uw relatie met deze persoon aan te geven :

Datum van terugkeer:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

# Claim formulier voor Medische Onkosten en Verkorting



Aantal volledige ongebruikte dagen:

Werd u vergezeld?

Ja  Nee

Indien Ja, door wie?

---

Werd de luchtvaartmaatschappij/ de spoorwegen/ overzetboot enz gecontacteerd om de reisdata te veranderen?:

Ja  Nee

Gelieve de tabel hieronder in te vullen en noteer de extra opgelopen kosten tijdens uw terugkeer naar huis:

Gelieve de gevorderde onkosten te noteren en de ontvangen behandeling	Valuta en betaalde bedrag	Aankoopbewijs toegevoegd	Aan wie moet de betaling worden overgemaakt
		Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/>	
		Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/>	

Bent u in het bezit van een bankrekening / kredietkaart die u aanvullende reisverzekering biedt die de reden inzake uw schadeclaim dekt

Ja  Nee

# Claim formulier voor Medische Onkosten en Verkorting



Indien **JA**, gelieve het volgende te bevestigen:

Kaartnummer:

---

Bank van Afgifte:

---

Kaarttype (Goud, Platinum, Standard):

---

Is er een schadeclaim ingediend bij derden?

Ja  Nee

Indien JA, gelieve ons te voorzien van de gegevens:

---

Heeft u een andere polis die de redding inzake uw schadeclaim mogelijk zou dekken?

Andere polissen, Barclaycard, Amex Indien **JA**, gelieve ons te voorzien van de gegevens:

Ja  Nee

---

Indien de schadeclaim verband houdt met een letsel, gelieve het volgende te bevestigen:

4. Een overzicht van de situatie die aanleiding gaf tot het voorval:

---

---

---

5. Als derden betrokken waren, gelieve naam en adres van derden en hun verzekering gegevens door te geven, indien deze bekend zijn.

---

---

---



# Claim formulier voor Medische Onkosten en Verkorting



6. In het geval dat u een claim hebt ingediend inzake schade aan derden, gelieve ons naam en het adres van de adviseurs die warden aangesteld samen met hun referentienummer, door te geven

---

---

---

7. Indien er geen derden betrokken waren, gelieve te verduidelijken wie of wat in fout was en waarom

---

---

---

Indien uw schadeclaim wordt toegekend gelieve ons te voorzien van uw bank gegevens hieronder:

Bevestig naam van de begunstigde:

---

Naam van de Bank:

---

Bank adres:

---

Bank SWIFT Code:

---

Bank IBAN nummer:

---

Rekeningnummer:

---

Sort Code:

---

Rekeninghouder:

---

Type van Rekening (Lopende rekening, Goud, Platinum enz.):

---

# Claim formulier voor Medische Onkosten en Verkorting



**Verklaring: BELANGRIJK – Bij het niet ondertekenen van dit formulier inzake uw schadeclaim, zal uw formulier worden teruggestuurd.**

Ik/wij verklaren dat de bovenstaande gegevens juist en volledig zijn naar het beste van mijn/onze kennis en overtuiging.

Ik/wij hebben geen informatie achtergehouden binnen mijn/onze kennis inzake deze claim. Ik/wij stemmen ermee in om de verzekeraar te voorzien van verdere informatie indien nodig. Ik/wij begrijpen dat de verzekeraar geen aansprakelijkheid aanneemt bij afgifte van dit formulier. **OPGELET – het indienen van een frauduleuze of overdreven schadeclaim is een strafbaar feit. Wij onderzoeken alle zaken en elke persoon die verdacht wordt van fraude, wordt aangegeven bij de politie met wie we steeds samenwerken.**

## **WET INZAKE GEGEVENSBESCHERMING**

De verzekeringsindustrie werkt aan een aantal anti-fraude initiatieven. De informatie op dit formulier wordt mogelijk elektronisch opgeslagen en mag omwille van bovenstaande reden gedeeld worden met andere organisaties. Ik/wij begrijpen dat u mogelijk informatie mag opvragen van andere organisaties om de antwoorden na te kijken die ik/wij hebben gegeven

## **BELANGRIJK**

Als derden aansprakelijk zijn, dan worden alle rechten in deze kwestie gesubrogeerd aan de verantwoordelijke reisverzekering of hun agent de toekenning van deze claim

Handtekening: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

# Medische Certificaat



Gelieve uw dokter het medische attest te laten invullen Gebruik  
BLOKLETTERS AUB

U bent aansprakelijk voor de kosten van het invullen van dit certificaat door uw dokter in alle gevallen van verkorting of annulering kosten, dat voortvloeit uit ziekte, letsel of overlijden.

**Belangrijk:** De medische begeleider is verzocht om gedetailleerd mogelijk te zijn om onze klant te helpen en om te voorkomen dat essentiële informatie ontbreekt.

1. Naam van de patient: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

2. Bent u de patients huisarts?

Ja  Nee

Indien **JA**, sinds wanneer? \_\_\_\_\_

Zo **NEE**, gelieve ons te voorzien van de patients huisarts gegevens:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3a. Beschrijf volledig de diagnose van de ziekte/letsel of de oorzaak van de overlijden:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b. Op welke datum heeft de patient u geraadpleegd met de symptomen van deze  
aandoening? \_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

4. Datum van het intreden van de ziekte of letsel: \_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

5. Datum van eerste onderzoek voor ziekte voorgeschreven: \_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

6. Datum van eerste onderzoek voor de aandoening: \_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

7. Datum aandoening gediagnosticeerd: \_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

8. Datum verwezen naar de medische specialist: \_\_\_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

9. Naam en adres van de specialist/chirurg: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Medische Certificaat



Postcode:

---

10. Heeft de patient een terminale prognose?

Ja  Nee

Indien **JA**, gelieve de prognose en datum daarvan weergeven

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

---

11. Hebt uw al eerder deze patient behandeld of geadviseerd ten aanzien van

dezelfde/vergelijkbare/gerelateerde ziekte of letsel, zoals beschreven in vraag 3a?

Ja  Nee

Indien, **JA**

a. Gelieve de diagnose van de vorige ziekte/ letsel beschrijven

---

b. Gelieve te voorzien van de datum van het voorval van de vorige ziekte/letsel en welke behandeling/medicijnen werden voorgeschreven.

---

c. Is de patient in ontvangst van medisch advies, behandeling of medicijnen voor deze aandoening of van een vergelijkbare/gerelateerde aandoening?

Ja  Nee

Indien **JA**, gelieve ons te voorzien van de gegevens:

---

d. Gelieve een overzicht te geven van de huidige medische aandoeningen, de datum van de diagnose en de voorgeschreven medicijnen:

---

---

# Medische Certificaat



12. Heeft een ander dokter deze patient eerder behandeld of geadviseerd ten aanzien van dezelfde/vergelijkbare/gerelateerde ziekte of letsel, zoals beschreven in vraag 3a?

Ja  Nee

Indien **JA**, gelieve de naam en het adres van deze dokter weergeven:

---

Postcode

---

13. Heeft de patient behandeling ontvangen voor een aandoening in de afgelopen 24 maanden als een intramurale patient?

Ja  Nee

Indien **JA**, gelieve de behandeling beschrijven en de datum dat dit plaatsvond.

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

---

14. Alleen tijdens de Zwangerschap

e. Laatste Menstruatie:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

f. Datum van zwangerschap bevestigd:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

g. Inschatting datum van zwangerschap:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

h. Exacte medische toestand tijdens de zwangerschap:

i.

15. Was het noodzakelijk voor de patient om de reisarrangementen te annuleren vanwege de aandoening zoals beschreven in vraag 3a?

Ja  Nee

16. Op welke datum was het noodzakelijk om de patients reisarrangement te annuleren

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

17. Indien de datum in vraag 7 en 16 verschillen, gelieve te verklaren:

---

# Medische Certificaat



18. Heeft de patient gepland om te reizen voorafgaand u advies?

Ja  Nee

Indien **JA**, gelieve ons te voorzien van de gegevens:

---

---

---

**Ik verklaar dat de gegevens in dit medische certificaat juist en volledig zijn**

Handtekening arts:

Datum:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Dokters naam:

Kwalificaties:

Adres:

Postcode:

Zakelijk telefoonnummer:

Fax nummer:

Mobiel nummer:

E-mail adres:

Praktijk zegel:

--

