

Expat Pakket

schadeaangifte ziektekosten

Belangrijk!

- In geval van ziekenhuisopname verzoeken wij u dit zo snel mogelijk te melden aan de Goudse Alarmcentrale, telefoon +31 20 592 92 83 of voor de VS: 1-866-415-1709.
Er kan dan een garantieverklaring worden afgegeven aan het betreffende ziekenhuis.
- Alle nota's indienen zodra uw eigen risico is overschreden. U kunt de originele nota's, vergezeld van dit (volledig) ingevulde en ondertekende formulier sturen naar het adres op de achterzijde.
- De nota's moeten uiterlijk binnen één jaar na afgifte datum ingediend zijn.

1. GEGEVENS VERZEKERINGNEMER

naam en voorletters	polisnummer
startdatum polis (d-m-j)	

2. GEGEVENS VERZEKERDE

naam en voornamen (eerste voluit)	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
geboortedatum (d-m-j)	

ADRES IN NEDERLAND

straat en huisnummer		
postcode	plaats	land

ADRES IN LAND VAN VERBLIJF

straat en huisnummer		
postcode	plaats	land
telefoon	mobiel	fax
e-mail		
bank- of girorekening*	tenaamstelling	

* Kosten in verband met het overboeken van vergoedingen komen ten laste van verzekerde, indien uitkering op een niet-Nederlandse bankrekening dient plaats te vinden.

3. SCHADE

Bent u in het bezit van een basisverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet (ZVW)?		
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja		
Zo ja, ontvangt u een vergoeding uit deze verzekering?		
<input type="checkbox"/> nee (kopie afwijzingsbericht meesturen)	<input type="checkbox"/> ja (kopie betalingsbevestiging meesturen)	bedrag €

VERVOLG OP VORIGE SCHADEAANGIFTE

Is dit een vervolg op een reeds bestaande declaratie die u reeds op deze polis gedeclareerd heeft?	
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, declaratienummer	

4. SPECIFICATIE ZIEKTEKOSTEN

- Specificatie volledig invullen.
- Originële nota's meesturen. Deze worden door De Goudse gearchiveerd en niet geretourneerd.
Belangrijk! Duplacaatnota's worden niet in behandeling genomen.

naam zorgverlener	diagnose	behandel- datum (d-m-j)	1e klachten ontstaan (d-m-j)	ongeval *	bedrag (valuta vermelden)
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	

* aanvinken wanneer kosten betrekking hebben op een ongeval

(één valuta gebruiken) totaal

SPECIFICATIE ONGEVAL

datum (d-m-j)

Is een derde aansprakelijk voor het ongeval?

nee ja, derde/tegenpartij (naam en voorletters)

straat en huisnummer

postcode

plaats

toedracht ongeval

5. 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

plaats

handtekening verzekeringnemer/verzekerde*

* bij minderjarigheid handtekening ouder/voogd