

Deze pagina in te vullen door verzekerde/This side to be filled in by the insured.

**BELANGRIJK!**

Wij kunnen claims voor geneeskundige kosten alleen behandelen indien dit formulier volledig ingevuld is en de originele nota's bijgevoegd zijn.

**IMPORTANT:**

Claims for medical expenses can only be dealt with if the indemnification form is filled in completely and if it is accompanied by original bills.

**Naam** .....  
Name

**Adres in het thuisland** .....  
Address in country of origin

**Datum waarop ziekte begon of het ongeval plaatsvond** .....  
Date on which illness started or accident took place

**Aard van ziekte en/of ongeval** .....  
Kind of illness and/or accident

**Tijdelijk adres in het buitenland** .....  
Temporary address abroad

**Verzekeringsperiode** van  tot .....  
Period of insurance from to

**Reisperiode** van  tot .....  
Period of travel from to

**Geboortedatum**   
Date of birth

**Dekking** .....  
Type of cover

**Handtekening verzekerde** .....  
Signature of the insured

## THIS PART TO BE FILLED IN BY DOCTORS

Kind of illness and/or accident: .....

Dates of visits

to doctors:

1 ...../...../.....  
2 ...../...../.....  
3 ...../...../.....

to chemists:

1 ...../...../.....  
2 ...../...../.....  
3 ...../...../.....

Diagnosis: .....

Recovered?  yes  no

Hospital treatment necessary?  yes  no

Ambulance used?  yes  no

Address: .....

Signature of doctor:

Bent u verzekerd tegen ziektekosten?  ja/yes  nee/no

Are you insured for medical expenses (NHS/Private health insurance)?

Bij welke verzekeraar en onder welk polisnummer?

With which insurer/national health scheme and under which policy number:

Zullen de kosten vergoed worden door bovengenoemde verzekeraar?  ja/yes  nee/no

Will you receive indemnification from the above mentioned company?

Bankrekeningnummer:

Total claim amount to: .....

To be paid to:  the insured  the doctor  the hospital  the chemist

Name: .....

Address: .....

Please state also bank account nr:

Internationale betalingen/International payments

Binnen Europa/Within Europe

IBAN-code

BIC-code

Sort code (UK)

Rest van de wereld/Rest of the World

SWIFT code

Routing no. (USA)

**DIT GEDEELTE IN TE VULLEN DOOR VERZEKERDE**

**THIS PART TO BE FILLED IN BY INSURED**

**Ik verklaar dat ik de informatie op dit formulier naar waarheid heb ingevuld.**

I declare that the information contained in this claim is correct and true.

Plaats:  Handtekening

Place:  verzekerde/

Datum:  Signature of

Date:  the insured:

Deze pagina in te vullen door verzekerde/This side to be filled in by the insured.

**BELANGRIJK!**

Wij kunnen claims voor geneeskundige kosten alleen behandelen indien dit formulier volledig ingevuld is en de originele nota's bijgevoegd zijn.

**IMPORTANT:**

Claims for medical expenses can only be dealt with if the indemnification form is filled in completely and if it is accompanied by original bills.

**Naam** .....  
Name

**Adres in het thuisland** .....  
Address in country of origin

**Datum waarop ziekte begon of het ongeval plaatsvond** .....  
Date on which illness started or accident took place

**Aard van ziekte en/of ongeval** .....  
Kind of illness and/or accident

**Tijdelijk adres in het buitenland** .....  
Temporary address abroad

**Verzekeringsperiode** van ...../...../..... **tot** ...../...../.....  
Period of insurance from to

**Reisperiode** van ...../...../..... **tot** ...../...../.....  
Period of travel from to

**Geboortedatum** ...../...../.....  
Date of birth

**Dekking** .....  
Type of cover

**Handtekening verzekerde** .....  
Signature of the insured

## THIS PART TO BE FILLED IN BY DOCTORS

Kind of illness and/or accident: .....

Dates of visits

to doctors:

1 ...../...../.....  
2 ...../...../.....  
3 ...../...../.....

to chemists:

1 ...../...../.....  
2 ...../...../.....  
3 ...../...../.....

Diagnosis: .....

Recovered?  yes  no

Hospital treatment necessary?  yes  no

Ambulance used?  yes  no

Signature of doctor:

Address: .....

Bent u verzekerd tegen ziektekosten?  ja/yes  nee/no

Are you insured for medical expenses (NHS/Private health insurance)?

Bij welke verzekeraar en onder welk polisnummer?

With which insurer/national health scheme and under which policynumber :

Zullen de kosten vergoed worden door bovengenoemde verzekeraar?  ja/yes  nee/no

Will you receive indemnification from the above mentioned company?

Bankrekeningnummer:

Bank account number: .....

Total claim amount to: .....

To be paid to:  the insured  the doctor  the hospital  the chemist

Name: .....

Address: .....

Please state also bank account nr: .....

Internationale betalingen/International payments

Binnen Europa/Within Europe

IBAN-code

.....

BIC-code

.....

Sort code (UK)

.....

Rest van de wereld/Rest of the World

SWIFT code

.....

Routing no. (USA)

.....

**DIT GEDEELTE IN TE VULLEN DOOR VERZEKERDE**

**THIS PART TO BE FILLED IN BY INSURED**

**Ik verklaar dat ik de informatie op dit formulier naar waarheid heb ingevuld.**

I declare that the information contained in this claim is correct and true.

Plaats:

Place: .....

Datum:

Date: ...../...../.....

Handtekening

verzeerde/

Signature of

the insured:

Naam: .....

Telefoon: .....

Adres:.....

Geboortedatum:

Postcode/Woonplaats: .....

**1. Wanneer en waar is verlies en/of beschadiging voorgevallen?**    **Plaats:** .....    **datum:**

**2. Nauwkeurige omschrijving van het ontstaan van de schade:** .....

.....

.....

**3. Aan welk politiebureau hebt u aangifte van de vermissing/diefstal gedaan? (verklaring politiebureau bijsluiten)** .....

**4. Bent u ook elders verzekerd voor verlies en/of beschadiging van reisbagage?**     nee     ja, welke maatschappij? .....

**5. Heeft u al eens eerder een schade ingediend onder een reisverzekeringopolis?**     nee     ja, bij welke maatschappij, wanneer en in welk jaar? .....

Voor specificatie van vermiste en/of beschadigde voorwerpen: z.o.z.

