

Aangifteformulier Schade

Ongeval Code NIET INVULLEN S.V.P.

Ziekte Dossiernr. NIET INVULLEN S.V.P.

Tips voor invullen! Formulier volledig (ook achterzijde) en in blokletters invullen. Vergeet niet uw bankrekeningnummer in te vullen. Altijd (kopie) verzekeringsbewijs meesturen. Dit kan ook de boekingsnota zijn waarop de verzekeringsgegevens staan vermeld. Indien er onvoldoende ruimte op het formulier aanwezig is, voegt u dan apart de benodigde toelichting toe.

Gegevens verzekerde

Naam en voorletters	<input type="text"/>	m/v	E-mail	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>		Bankrekeningnummer	<input type="text"/>
Postcode, plaats	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ten name van	<input type="text"/>
Telefoon overdag	<input type="text"/>		Nationaliteit	<input type="text"/>
Telefoon 's avonds	<input type="text"/>		Geboortedatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Dag - Maand - Jaar)

Vragen

Antwoorden

1 Door welk kantoor werd het verzekeringsbewijs afgegeven?	Adres	<input type="text"/>
Naam	Postcode, plaats	<input type="text"/> <input type="text"/>
2 A Wat is het nummer van uw verzekeringsbewijs? (Origineel of kopie meezenden)	Nummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B Datum van vertrek	Datum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
C Duur van de reis	Aantal dagen	<input type="text"/>
3 Op welke datum vond voor het eerst geneeskundige behandeling plaats?	Datum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4 Door welke arts werd de eerste geneeskundige hulp verleend?	Plaats	<input type="text"/>
Naam en voorletters	Land	<input type="text"/>
5 Bent u op dit moment nog onder geneeskundige behandeling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	(Zo ja, naam en plaats arts invullen)
Naam en voorl. arts	Plaats	<input type="text"/>
6 Naam en plaats van uw huisarts	Naam en voorletters	<input type="text"/>
	Plaats	<input type="text"/>
7 A Wie is uw zorgverzekeraar?	Naam	<input type="text"/>
	Adres	<input type="text"/>
	Postcode, plaats	<input type="text"/>
(Een kopie van de polis dient u altijd mee te zenden)	Polisnummer	<input type="text"/>
B Eigen risico	Bedrag	€ <input type="text"/>
8 A Is er contact geweest met de alarmcentrale van Mondial Assistance?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
	Datum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B Welk dossiernummer heeft u bij de alarmcentrale?	Dossiernummer	<input type="text"/>
9 A Heeft u reeds eerder een schade geclaimd op een reisverzekering?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Zo ja, bij welke maatschappij en wanneer?	Maatschappij	<input type="text"/>
	Datum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B Wat was uw dossiernummer bij deze maatschappij?	Dossiernummer	<input type="text"/>

Schade i.v.m. een ongeval

10 A	Op welke datum en welk uur vond het ongeval plaats?	Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Tijd	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Uren - Minuten)
B	In welk(e) plaats/land gebeurde het ongeval en op welke plek?	Plaats, land	<input type="text"/>		

11 A	Door welke oorzaak gebeurde het ongeval en onder welke omstandigheden vond het plaats?	<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
B	Tijdens welke bezigheden vond het ongeval plaats? (Indien het ongeval tijdens sportbeoefening heeft plaatsgevonden nauwkeurig aangeven bij welke sport dit het geval was)	<input type="text"/>			

12	Is een derde, naar uw mening, schuldig aan het ongeval?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
	Zo ja, vul dan de NAW-gegevens in.	Naam	<input type="text"/>		
		Adres	<input type="text"/>		
		Plaats, land	<input type="text"/>		

13	Welk letsel is door het ongeval ontstaan? (Nauwkeurig beantwoorden)	<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			

14	Is volgens de huidige behandelend arts kans op blijvende invaliditeit aanwezig?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
----	---	--------------------------	----	--------------------------	-----

Schade i.v.m. ziekte

15	Op welke datum werd u ziek?	Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	Aard van de ziekte	<input type="text"/>			
17	Leed u reeds eerder aan deze ziekte?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
	Zo ja, heeft u vóór aanvang van de reis voor deze ziekte een arts geraadpleegd?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
	En op welke datum?	Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

18	Was u op het moment van de ingangsdatum van de verzekering onder geneeskundige behandeling?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
----	---	--------------------------	----	--------------------------	-----

In te vullen zowel bij ongeval als ziekte (Originele nota's bijvoegen en aangeven of deze al dan niet door u betaald zijn)

Omschrijving	€	Bedrag	Betaald	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nee

De op dit schadeformulier ingevulde en eventueel nog nader aan te leveren (persoons)gegevens kunnen worden opgenomen in de verzekerden-administratie van Mondial Assistance en in een centraal informatiesysteem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Voor vragen en voor het privacyreglement dat op deze registraties van toepassing is, kunt u contact opnemen met Mondial Assistance.

Ondergetekende verklaart: • Bovenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en naar waarheid te hebben beantwoord en uitgelegd. • Geen bijzonderheden over deze schade te hebben verzweigd. • Hierbij (voor zover nodig) toestemming te geven aan de medische adviseur(s) van de alarmcentrale, om de informatie die nodig is beschikbaar te stellen aan de medische adviseur(s) van Mondial Assistance, over de reden en achtergrond van medische behandeling, ziekenhuisopname en/of vervoer naar Nederland • Het schadeformulier en de eventueel nog nader aan te leveren (persoons)gegevens aan Mondial Assistance te verstrekken, zodat vastgesteld kan worden wat de omvang van de schade is en op welke vergoeding aanspraak kan worden gemaakt. • Van de inhoud van dit schadeformulier kennis te hebben genomen. • Bekend te zijn met de voorwaarde dat bij onjuiste/onware opgave van gegevens en informatie elk recht op vergoeding vervalt.

Door dit formulier te ondertekenen, draagt u de rechten op een vergoeding van een andere verzekeraar over aan Mondial Assistance.

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