

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 bank- of gironummer 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"/>		Bank/Gironummer	<input type="text"/>
Postcode, woonplaats	<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 A Door welk kantoor werd het verzekeringsbewijs afgegeven?	Adres	<input type="text"/>
Naam	Postcode, woonplaats	<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?	Woonplaats	<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 woonplaats arts invullen)
Naam en voorl. arts	Woonplaats	<input type="text"/>
6 Naam en woonplaats van uw huisarts	Naam en voorletters	<input type="text"/>
	Woonplaats	<input type="text"/>
7 A Bij welke instantie bent u doorlopend tegen medische kosten verzekerd?	Naam	<input type="text"/>
	Adres	<input type="text"/>
	Postcode, woonplaats	<input type="text"/> <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 Mondial Assistance Alarmcentrale en zo ja, op welke datum?	<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 welke plaats/land gebeurde het ongeval en op welke plek?	Plaats, land	<input type="text"/>		

11 A	Door welke oorzaken gebeurde het ongeval en	<input type="text"/>			
	en onder welke omstandigheden vond het plaats?	<input type="text"/>			
B	Tijdens welke bezigheden vond het ongeval plaats? (Indien het ongeval tijdens sportbeoefening	<input type="text"/>			
	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
		<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 behandelende arts kans op blijvende invaliditeit aanwezig?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
----	--	--------------------------	----	--------------------------	-----

Schade i.v.m. ziekte

15	Op welke datum trad de ziekte op?	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="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

De op dit formulier ingevulde en eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de verzekerden-administratie van Mondial Assistance International AG en in een centraal informatiesysteem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Voor vragen en het privacyreglement dat op deze registraties van toepassing is, kunt u contact opnemen met Mondial Assistance International AG.

Ondergetekende verklaart: • bovenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen • hierbij (voorzover nodig) toestemming te geven aan de medisch adviseur(s) van de Alarmcentrale om de van belang zijnde gegevens te verschaffen aan de medisch adviseur van Mondial Assistance International AG met betrekking tot de reden en achtergrond in geval van medische behandeling, ziekenhuisopname en/of repatriëring • dit schadeformulier en de nog nader over te leggen gegevens aan Mondial Assistance International AG te verstrekken mede 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 • bekend te zijn met de voorwaarde, dat bij onjuiste/onware opgave elk recht op uitkering vervalt.

Door ondertekening van dit formulier draagt u de rechten op vergoeding op grond van een elders lopende verzekering over aan Mondial Assistance International AG.

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