

ONDERDEEL F Kosten van medische behandeling

Originele nota's gelieve u eerst bij uw zorgverzekeraar in te dienen. Graag vernemen wij te zijner tijd welke vergoeding u gekregen heeft. Zend daartoe de afrekenstaat van uw zorgverzekeraar, met kopieën van de gedeclareerde nota's, onder vermelding van ons schadenummer.

Gegevens patiënt

Achternaam	Voorletters	Tussenvoegsel	geslacht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v
Straatnaam		Huisnummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Postcode	Woonplaats		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Geboortedatum	Telefoon		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Naam zorgverzekeraar		Plaats	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Polis- of inschrijfnummer		Originele nota's daar ingediend?	
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Soort letsel of ziekte			
<input type="text"/>			

Behandeling vindt plaats	<input type="checkbox"/> niet meer	<input type="checkbox"/> door huisarts	<input type="checkbox"/> door specialist	Naam huisarts	<input type="text"/>
Ziekenhuisopname	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Aantal dagen	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum constatering eerste ziekteverschijnselen	Bevestigd door arts (naam)
<input type="text"/> - <input type="text"/> - 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>
Eerder dezelfde ziekte gehad?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, indien ja wanneer?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hoelang duurde genezing toen?	Wie was toen de behandelend arts?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kostenspecificatie van medische kosten, ambulancevervoer, e.d.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> originele nota's bijgevoegd	<input type="checkbox"/> kopie-nota's bijgevoegd
<input type="checkbox"/> afrekenstaat zorgverzekeraar bijgevoegd	Totaal
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ondergetekende verklaart:

- vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt en alle bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben meegedeeld;
- dit schade-aangifteformulier en de eventueel nog nader over te leggen gegevens aan de Maatschappij te verstrekken 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.

De door verzekerde op dit formulier aangeleverde gegevens kunnen worden verwerkt in een Centraal Informatie Systeem van Verzekeraars in Nederland, eigendom van de stichting CIS te Zeist (www.stichtingcis.nl). Aanmelding van deze verwerking van persoonsgegevens is op 9 augustus 2002 gedaan bij het College Bescherming Persoonsgegevens. De op dit formulier ingevulde persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door Unigarant N.V. gevoerde cliëntenregistratie.

Datum	Handtekening
<input type="text"/> - <input type="text"/> - 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>

BELANGRIJK

Wilt u nimmer iets nazenden zonder vermelding van het schadenummer en wilt u van een nazending zo mogelijk reeds nu mededeling doen op dit formulier? Ook bij correspondentie verzoeken wij u steeds het schadenummer te vermelden, want het ontbreken hiervan betekent niet zelden een aanzienlijk oponthoud.

Stuur ter bespoediging van de behandeling originele bewijsstukken, nota's en verzekeringsbewijs mee.

unigarant

VERZEKERINGEN

SCHADE AANGIFTEFORMULIER REISVERZEKERING

0 3 4 2

Dit formulier wordt automatisch verwerkt. A.u.b. één letter/cijfer per hokje invullen, respectievelijk aankruisen wat van toepassing is!

Soort reisverzekering	Afgifte- of Boekingsnummer
<input type="checkbox"/> Doorlopend	<input type="checkbox"/> Kortlopend
<input type="checkbox"/> All Travels Card	<input type="checkbox"/> Reis Garant Plan
<input type="checkbox"/> Vakantie-Strippenkaart	<input type="checkbox"/> Reis Totaal
Polisnummer	Verzekering gesloten op
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - 2 0 <input type="text"/>

Verzekerde die schade indient			
Achternaam	Voorletters	Tussenvoegsel	geslacht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v
Straatnaam		Huisnummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Postcode	Woonplaats		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Geboortedatum	Telefoonnummer Werk		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefoonnummer Privé	Nationaliteit		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Beroep	IRK-nummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Bank- of Gironummer	ANWB-lidmaatschapsnummer	IRK-nummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Indien naam en/of adres van de rekeninghouder verschilt met die van bovengenoemde verzekerde, dan hieronder a.u.b. diens achternaam, postcode en huisnummer invullen.

Achternaam	Postcode	Huisnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Schadegegevens		
Datum aanvang reis	Schadedatum	Tijdstip schade
<input type="text"/> - <input type="text"/> - 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> uur
Plaats	Land	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

De schade betreft	<input type="checkbox"/> verlies/beschadiging	<input type="checkbox"/> ziekte verzekerde	<input type="checkbox"/> familie-omstandigheden	<input type="checkbox"/> staking	<input type="checkbox"/> uitval auto mechanisch
	<input type="checkbox"/> diefstal/beroving	<input type="checkbox"/> ongeval verzekerde	<input type="checkbox"/> natuurramp	<input type="checkbox"/> uitval auto ongeval	<input type="checkbox"/> uitval vakantieverblijf

Schadebedrag	<input type="checkbox"/> bagage	<input type="checkbox"/> tot € 227,-	<input type="checkbox"/> tot € 908,-	<input type="checkbox"/> boven € 908,-
	<input type="checkbox"/> onvoorziene uitgaven	<input type="checkbox"/> tot € 454,-	<input type="checkbox"/> boven € 454,-	
	<input type="checkbox"/> medische kosten	<input type="checkbox"/> tot € 454,-	<input type="checkbox"/> boven € 454,-	
	<input type="checkbox"/> vervangend vervoer/verblijf	<input type="checkbox"/> tot € 680,-	<input type="checkbox"/> boven € 680,-	
	<input type="checkbox"/> mechanische schade	<input type="checkbox"/> tot € 680,-	<input type="checkbox"/> boven € 680,-	
	<input type="checkbox"/> casco schade	<input type="checkbox"/> tot € 680,-	<input type="checkbox"/> boven € 680,-	
ANWB-Alarmcentrale ingeschakeld?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee			
Dossiernummer	<input type="text"/>			

Aangegeven bij politie of vervoerder nee ja (aangifte bijvoegen)

Invullen door tussenpersoon		
Agentnummer	Informatie over schade	Schadenummer (indien reeds bekend)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
Naam agent	Woonplaats	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Unigarant nv
Postbus 50000
7900 RP Hoogeveen

Schutstraat 120
Telefoon 0528-29 99 66
Fax 0528-23 49 84
E-mail schade@unigarant.nl

Girorekening 476100
ING-Bank 57.43.43.008
K.v.K. Meppel nr. 04023408

