



SCHADE-AANGIFTEFORMULIER STUDIEREIS- EN STAGEVERZEKERING

CLAIM FORM FOR STUDY TRAVEL AND WORK PLACEMENT INSURANCE

S.v.p. dit schade-aangifteformulier zenden aan: IPS/Meeùs Assurantiën Groep BV
Postbus 93512, 2509 AM Den Haag. E-mail claims@ipsinsurance.info, tel. +31 (0)70 - 302 85 98, fax +31 (0)70 - 361 76 10.
Please send this claim form to: **IPS/Meeùs Assurantiën Groep BV, P.O. Box 93512, 2509 AM The Hague, The Netherlands,**
e-mail claims@ipsinsurance.info, tel. +31 (0)70 - 302 85 98, fax +31 (0)70 - 361 76 10.

U kunt een nieuw aangifteformulier vinden op het internet, 'schade indienen' zie www.ipsinsurance.info
You can download a new claim form on the internet, 'make a claim' on www.ipsinsurance.info

Soort schade _____ Ongeval/ziekte _____ Aansprakelijkheid _____
Nature of claim _____ Accident/illness _____ Liability _____
 Buitengewone kosten _____ Bagage _____
Extraordinary costs _____ Luggage _____

1. Polisnummer _____ Verzekeringsduur van _____ tot _____
Policy number _____ Insurance period from _____ till _____

Naam en voorletters _____ Man Vrouw
Name and initials _____ Male Female

Adres _____
Street and number _____

Postcode _____ Woonplaats _____
Postcode _____ Town/city _____

Telefoon _____ Geboortedatum _____
Telephone _____ Date of birth _____

Email _____

(Post)bankrekeningnummer _____ Naam rekeninghouder _____
Bank or post office giro account number _____ Name account holder _____

Indien u verplicht verzekerd bent onder de Nederlandse basisverzekering
When you have an obligation to be insured under the Dutch compulsory health insurance

Naam zorgverzekeraar _____ Polisnummer zorgverzekeraar _____
Name insurance company _____ Policy number health insurance _____

2. Bent u elders tegen deze schade verzekerd? Ja Nee
Are you insured elsewhere against this damage or loss? Yes No

Zo ja; Maatschappij _____ Polisnummer _____
If so; Company _____ Policy number _____

3. a. Wanneer is de schade/het ongeval/de ziekte ontstaan? Datum _____ Tijdstip _____ 20 _____
When did the damage/loss/accident/illness occur? Date _____ Time _____ 20 _____

b. Plaats _____
Place _____

c. Oorzaak _____
Cause _____

d. Toedracht (zodrig een situatieschets en/of toelichting bijsluiten)
Circumstances (If necessary, enclose a diagram and/or explanation of the situation)

Is aangifte gedaan bij de politie? Ja Nee
Has the incident been reported to the police? Yes No

Op welk bureau? _____
At which police post? _____

S.v.p. verklaring bijvoegen
Please enclose the statement made

Kan de schade naar uw mening worden verhaald op een ander?
In your opinion can the damage or loss be recovered from a third party?

Ja
Yes

Nee
No

Zo ja; Naam _____
If so: Name

Adres _____
Address

Telefoon _____
Telephone

Waarom meent u dat de schade op deze persoon te verhalen is?
Why do you assume that the damage or loss can be recovered from that person?

Waar is deze persoon verzekerd?
Where is this person insured?

Maatschappij _____
Company

Polisnummer _____
Policy number

In welke relatie staat u tot deze persoon? _____
What is that person's relationship to yourself?

4. Alleen in te vullen bij een ongeval of ziekte

To be completed only in the case of accident or illness

Datum en toedracht van de eerste verschijnselen van ziekte/ongeval? _____
Date and circumstances of the first symptoms/signs of illness/accident?

Omschrijving van de verwondingen resp. klachten _____
Description of the injuries or complaints

Wanneer werd de eerste geneeskundige hulp verleend? _____
When was the first medical assistance provided?

Naam hulpverlener _____
Name of party providing assistance

Adres _____
Address

Wordt u thans nog behandeld?
Are you still being treated?

Ja
Yes

Nee
No

Naam behandelend arts _____
Name of attending physician

Adres _____
Address

Bent u doorverwezen naar een specialist?
Were you referred to a specialist?

Ja
Yes

Nee
No

Zo ja: wanneer _____ Naar wie _____
If so: when To whom

Heeft u reeds eerder aan dezelfde klachten geleden?
Have you previously suffered from the same complaints?

Ja
Yes

Nee
No

Zo ja, wanneer was dit? Vermeld de laatste keer _____
If yes, on what date? Mention de last time

Bijlage	Nota dd.	Naam specialist/apotheek	Bedrag in buitenlandse munteenheden	Bedrag in euro	Vergoeding ziektekosten verzekering
Enclosure	Bill dated	Name of specialist/pharmacy	Amount in foreign currency	Amount in euro	Reimbursement from state medical insurance agency or medical expenses policy
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____	_____	_____
10.	_____	_____	_____	_____	_____

NB. U dient van alle gemaakte kosten de originele nota's mee te zenden
NB. You should send the original bills for all costs incurred

5. Alleen in te vullen bij hulpverlening en/of buitengewone kosten
To be completed only in the case of assistance and/or extraordinary costs

a. Waaruit bestaan de kosten? _____
What do these costs consist of?

b. Waarom waren deze kosten noodzakelijk? _____
Why were these costs necessary?

De noodzaak hiervan dient te worden aangetoond d.m.v. een doktersverklaring.
The necessity hereof should be evidenced by a doctor's medical statement.

6. Alleen in te vullen bij bagageschade
To be completed only in the case of luggage claim

Gegevens beschadigde en/of vermiste voorwerpen _____ Aankoopdatum _____
Details of damaged and/or lost objects Purchase date

Aankoopbedrag € _____ Schatting van de schade € _____
Purchase cost EURO Estimate of damage/loss EURO

Buitenlandse munteenheden _____ Buitenlandse munteenheden _____
Foreign currency Foreign currency

S.v.p. aanschafnota's bijvoegen.
Please enclose purchase invoices.

Is de schade herstelbaar? Ja Nee
Can the damage be repaired? Yes No

Zo ja; voor welk bedrag? € _____
If yes, for how much? EURO

Waar zijn de beschadigde voorwerpen? _____
Where are the damaged objects?

Waar en wanneer kan de schade worden opgenomen? _____
Where and when can the damage be assessed?

De op dit formulier ingevulde en eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de cliëntenregistratie door de verzekeraar waarbij u verzekerd bent, of die u aansprakelijk acht. Deze registratie is aangemeld bij de Registratiekamer. Een afschrift van het aanmeldingsformulier ligt ter inzage bij deze verzekeraar. De verstrekte gegevens kunnen ook worden verwerkt in het Centraal Informatie Systeem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Aanmelding van deze registratie is gedaan op 23.04.1990. Een afschrift van het formulier van aanmelding ligt voor een ieder ter inzage bij de stichting CIS, Westblaak 108, 3012 KM Rotterdam.

The personal details entered on this form or to be submitted subsequently may be incorporated in the clients records kept by the insurer with whom you are insured or who holds you to be liable. These records have been registered with the Records Chamber. A copy of the registration form may be inspected at the offices of this insurer. The information provided may also be incorporated in the Central Information System of the insurance companies operating in the Netherlands. This system was registered on 23.04.1990. A copy of the registration form may be inspected by anyone at the offices of this foundation, Westblaak 108, 3012 KM Rotterdam.

Ondergetekende verklaart

The undersigned declares

- vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben verstrekt, en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen;

that he/she has answered the above questions and provided the above particulars accurately, truthfully and to the best of his/here knowledge, and that he/she has not withheld any particulars relating to this claim;

- dit schade-aangifteformulier en de eventueel aanvullende gegevens aan de verzekeraar te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering;

that he/she submits this claim form and any additional information to the insurer for the purpose of determining the extent of the damage or loss and the entitlement to benefit;

- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

that he/she has taken note of contents of this form.

Tevens machtigt ondergetekende bij deze de geneeskundig adviseur van IPS alle gewenste inlichtingen in te winnen bij de behandelende arts(en).

Deze arts wordt tevens gemachtigd alle inlichtingen te verstrekken welke verband houden met deze schadeaangifte.

The undersigned also hereby authorises the medical advisor of IPS to obtain any desired information from the attending physician(s).

Said physician is also hereby authorised to provide any information relating to this claim.

Datum _____ Plaats _____
Date _____ Place _____

Handtekening _____
Signature _____