

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"/>			
Postcode, woonplaats	<input type="text"/>		Ten name van	<input type="text"/>
Telefoon overdag	<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?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	(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"/>
(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 Elvia Assistance en zo ja, op welke datum?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	
	Datum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
B Welk dossiernummer heeft u bij Elvia Assistance?	<input type="text"/>	
9 Heeft u reeds eerder een schade geclaimd op een reisverzekering	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	
Zo ja, bij welke maatschappij en wanneer?	Maatschappij	<input type="text"/>
B Welk dossiernummer heeft u bij Elvia Assistance?	Datum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Schade i.v.m. een ongeval

10 A Op welke datum en welk uur vond het ongeval plaats? Datum
Tijd (Uren - Minuten)

B In welke plaats/land gebeurde het ongeval en op welke plek? Plaats, land

11 A Door welke oorzaken gebeurde het ongeval en
en onder welke omstandigheden vond het plaats?

B Tijdens welke bezigheden vond het ongeval plaats? (Indien het ongeval tijdens
sportbeoefening heeft plaatsgevonden nauwkeurig aangeven bij welke sport dit het geval was)

12 Is een derde, naar uw mening, schuldig aan het ongeval? Ja Nee
Naam
Adres
Plaats, land

13 Welk letsel is door het ongeval ontstaan? (Nauwkeurig beantwoorden)

14 Is volgens de huidige behandelende arts kans op blijvende invaliditeit aanwezig? Ja Nee

Schade i.v.m. ziekte

15 Op welke datum trad de ziekte op? Datum

16 Aard van de ziekte

17 Leed u reeds eerder aan deze ziekte? Ja Nee

Zo ja, heeft u vóór aanvang van de reis voor deze ziekte een arts geraadpleegd? Ja Nee

En op welke datum? Datum

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

De op dit formulier ingevulde en eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de verzekerden-administratie van Elvia Reisverzekering Maatschappij en in een centraal informatiesysteem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Op deze registraties is een privacyreglement van toepassing. 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 Elvia Assistance om de van belang zijnde gegevens te verschaffen aan de medisch adviseur van Elvia Reisverzekering Maatschappij met betrekking tot de reden en achtergrond in geval van ziekenhuisopname en/of repatriëring • dit schadeformulier en de nog nader over te leggen gegevens aan Elvia Reisverzekering Maatschappij 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. Heeft u een bank- of girorekeningnummer ingevuld? Door ondertekening van dit formulier draagt u de rechten op vergoeding op grond van een elders lopende verzekering over aan de Maatschappij.

Handtekening Datum