

Expat Pakket

Schadeaangifte ziektekosten
& tandheelkundige kosten

Voor de klant

Intermediair Jabes Verzekeringen

Intermediarnummer 28166

Gelreweg 31
3843 AN Harderwijk.
Telefoon: 0341 - 270 575
E-mail: info@jabesverzekeringen.nl
www.jabesverzekeringen.nl



Adresgegevens intermediair

Wij zijn...

Geert Bouwmeester was pas 22 toen hij in 1924 voor zichzelf begon. Een overloop werd ingericht als kantoorruimte en de eerste polissen werden op de fiets rondgebracht. Sindsdien is ons bedrijf enorm gegroeid en is er veel veranderd. Maar ondanks deze groei zijn wij nog steeds een onafhankelijk familiebedrijf en werken we nog steeds vanuit ons ondernemershart.

Onafhankelijke adviseurs

Onze samenleving wordt steeds ingewikkelder. Particulieren en ondernemers hebben behoefte aan iemand die hen kent en een advies geeft dat helemaal is afgestemd op hun persoonlijke situatie, wensen en mogelijkheden. Daarom werken wij nauw samen met onafhankelijke adviseurs, die als geen ander in staat zijn om de juiste oplossing samen te stellen.

Expat Pakket

Schadeaangifte ziektekosten & tandheelkundige kosten

Belangrijk!

- In geval van ziekenhuisopname verzoeken wij u dit zo snel mogelijk te melden aan de Goudse Alarmcentrale, telefoon +31 71 568 18 93 of voor de VS: 001 800 694 9832. Er kan dan een garantieverklaring worden afgegeven aan het betreffende ziekenhuis.
- U kunt de kopie nota's met dit (volledig) ingevulde en ondertekende formulier mailen naar claims@goudse.com. Bewaar wel de originele nota's.
- De nota's graag spoedig na ontvangst indienen.

1. Door wie is de verzekering afgesloten? (Gegevens verzekeringnemer)

Naam en voorletters of naam bedrijf

Polisnummer

2. Wie heeft er ziektekosten of tandheelkundige kosten gemaakt? (Gegevens verzekerde)

Naam en voornaam

Man

Vrouw

Geboortedatum (d-m-j)

Telefoon

E-mail

Rekeningnummer (IBAN)

Tenaamstelling

Adres in Nederland

Straat en huisnummer

Plaats

Adres in land van verblijf

Straat en huisnummer

Plaats

Land

3. Schade

Bent u in het bezit van een basisverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet (ZVW)?

Nee

Ja, ontvangt u een vergoeding uit deze verzekering?

Nee (Kopie afwijzingsbericht meesturen)

Ja (Kopie betalingsbevestiging meesturen)

Bedrag €

Vervolg op vorige schadeaangifte

Is dit een vervolg op een reeds bestaande declaratie die u reeds op deze polis gedeclareerd heeft?

Nee

Ja, declaratienummer

4. Specificatie ziektekosten of tandheekkundige kosten

Specificatie volledig invullen.

Naam zorgverlener	Diagnose	Geboortedatum verzekerde (d-m-j)	1e klachten ontstaan (d-m-j)	Behandeldatum (d-m-j)	Ongeval*	Bedrag (Valuta vermelden)
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	

Specificatie ongeval

Datum (d-m-j)

Is een derde aansprakelijk voor het ongeval?

- Nee Ja, derde/tegenpartij (Naam en voorletters)

Straat en huisnummer

Postcode

Plaats

Toedracht ongeval

5. Ondertekening

U verklaart met de ondertekening de bovenstaande vragen naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord, volledige en juiste informatie te hebben verstrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot de aanspraak op uitkering te hebben verzwegen.

U verklaart dit schadeformulier en de eventueel nog nader te verstrekken gegevens aan de maatschappij op te sturen om te dienen tot vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering.

U verklaart bekend te zijn met de inhoud van dit formulier.

Alle verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in de databank van de Stichting Centraal Informatie Systeem van in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Het privacyreglement van de Stichting CIS is op de registratie van toepassing. Zie www.stichtingcis.nl.

Datum (d-m-j)

Plaats

Handtekening verzekeringnemer/verzekerde*

* Bij minderjarigheid handtekening ouder/voogd