

# Expat Pakket

## Schadeaangifte ziektekosten

Voor de klant

Intermediair

Intermediarnummer

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. Nu heeft De Goudse zo'n 700 medewerkers en een omzet van ruim 621 miljoen euro. 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

### Belangrijk!

- In geval van ziekenhuisopname verzoeken wij u dit zo snel mogelijk te melden aan de Goudse Alarmcentrale, telefoon +31 20 592 92 83 of voor de VS: 1-866-415-1709. Er kan dan een garantieverklaring worden afgegeven aan het betreffende ziekenhuis.
- Alle nota's indienen zodra uw eigen risico is overschreden. U kunt de (ingescande) originele nota's, vergezeld van dit (volledig) ingevulde en ondertekende formulier sturen naar info@ezaverzekeringen.nl of naar EZA Verzekeringen Postbus 155, 9200 AD te Drachten.
- De nota's graag spoedig na ontvangst indienen.

### 1. Gegevens verzekeringnemer

Naam en voorletters

Polisnummer

Startdatum polis (d-m-j)

### 2. Gegevens verzekerde

Naam en voornamen (eerste voluit)

Man

Vrouw

Geboortedatum (d-m-j)

#### Adres in Nederland

Straat en huisnummer

Postcode

Plaats

Land

#### Adres in land van verblijf

Straat en huisnummer

Postcode

Plaats

Land

Telefoon

Mobiel

Fax

E-mail

Rekeningnummer (IBAN)

Tenaamstelling

### 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

- Specificatie volledig invullen.
- Originele nota's meesturen. Deze worden door De Goudse gearchiveerd en niet geretourneerd. Belangrijk! Duplicaatnota's worden niet in behandeling genomen.

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"/>	
					<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](http://www.stichtingcis.nl).

Datum

\_\_\_\_\_  
Plaats

Handtekening verzekeringnemer/verzekerde\*

\* bij minderjarigheid handtekening ouder/voogd