

SOORT VERZEKERING

TRIAS EUROPA

Polisnummer:

TRIAS EUROPA Doorlopend

Polisnummer:

TRIAS EUROPA Annulering

Polisnummer:

VERZEKERINGNEMER

Naam :

Voornamen :

Geboortedatum :

Geslacht: M V

Adres :

E-mail :

Telefoonnummer:

VERZEKERDE OP WIE DEZE DECLARATIE BETREKKING HEEFT

Naam :

Voornamen :

Geboortedatum :

Geslacht: M V

Adres :

E-mail :

Telefoonnummer:

Wie is de huisarts in Suriname?

Naam :

Adres :

Telefoonnummer:

VERGOEDINGEN KUNNEN WORDEN

Overgemaakt op rekeningnummer:

Naam en woonplaats van de rekeninghouder:

Uitbetaald per kas

DOOR VERZEKERDE OF DIENS WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER TE BEANTWOORDEN

Indien de declaratie een ongeval of ziekte betreft, vul dan de vragen 1 t/m 12 in. Ga vervolgens naar vraag 19. Indien de declaratie andere schade betreft, vul dan de vragen 13 t/m 19 in.

Om welke reden heeft verzekerde medische hulp gezocht?

Op welke datum begonnen de klachten?

Op welke datum werd hiervoor voor het eerst een arts geconsulteerd?

Naam en adres arts :

E-mailadres :

Consulteerde verzekerde hiervoor nog andere artsen? nee ja, datum:

Naam en adres arts :

E-mailadres :

Was de verzekerde hiervoor al eerder onder behandeling? nee ja, datum:

Naam en adres arts :

Is verzekerde in een ziekenhuis opgenomen (verblijf langer dan 24uur)? nee ja, datum:

Naam Ziekenhuis: Naam Behandelende arts:

Afdeling: Opnamedatum: Ontslagdatum:

Is de kwaal / klacht het gevolg van: *(kruis aan wat van toepassing is)*

sportbeoefening uitoefening van werk een ongeval

Korte beschrijving van de gebeurtenis behorende bij antwoord vorige vraag

Waar heeft de gebeurtenis plaats gehad? Plaats: Land:

Wanneer verbleef verzekerde in het land waar de gebeurtenis plaatsvond? Van t/m

Is verzekerde nog elders tegen ziektekostenverzekerd? nee ja

Indien ja, maatschappij: Pollsnummer:

Verzekeringssperiode van: t/m

Kan op grond van deze elders lopende verzekeringaanspraak op vergoeding worden gemaakt? nee ja, datum:

Toelichting

Zijn er in verband met bovenstaande klachten nog meer kosten te verwachten? nee ja
(bijv. omdat nog niet alle nota's ontvangen zijn of omdat verzekerde nog onder behandeling is)

Is er sprake van overlijden? nee ja, datum van overlijden:

Naam arts die het overlijden heeft vastgesteld:

De schade betreft *(kruis aan wat van toepassing is)*

diefstal verlies van reisdocumenten opsporing/redding

repatriering vervoer stoffelijk overschot

Wanneer vond de schade gebeurtenis plaats? Datum: Tijdstip: am pm

Waar vond de schade gebeurtenis plaats? Plaats: Land:

Omschrijf gedetailleerd de schade gebeurtenis:

Naam en adres van eventueel ingeroepen hulpinstanties:

Indien het om het vervoer van een stoffelijk overschot gaat, wie heeft de dood vastgesteld?

Naam en adres hulpverlener/arts:

Heeft u ooit eerder een reisschade geclaimd? nee ja

Maatschappij:

Overleg politierapport van aangifte. Zonder dit document kan de declaratie niet in behandeling worden genomen.

SPECIFICATIE GEDECLAREERDE NOTA'S

Naam zorgverlener	Specialisme	Behandeldatum	Valuta	Bedrag	Ongeval
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

Indien u meer ruimte nodig heeft kunt u dat apart indienen

BELANGRIJK

- Gebruik voor iedere verzekerde een apart declaratieformulier. Indien er onvoldoende ruimte op het formulier aanwezig is, voegt u dan zelf de benodigde toelichting toe
- Formulleren die niet volledig zijn ingevuld, of niet zijn ondertekend, kunnen wij niet in behandeling nemen. Stuur het declaratieformulier met alle originele nota's binnen 1 (één) maand na einde van de geldigheidsduur van de verzekering op (zie polisvoorwaarden).
- De TRIAS verzekeringen zijn gebaseerd op het declaratieprincipe. Dit betekent dat u als verzekerde zelf verantwoordelijk bent voor de betaling van de kosten. Na betaling kunnen de nota's bij ons gedeclareerd worden.
- Stuur uitsluitend originele nota's in. Duplicaat-, kopie en/of herrineringsnota's, alsmede betaalbewijzen enz. kunnen wij niet in behandeling nemen.
- Nota's dienen voorzien te zijn van:
 - naam (Inclusief voornamen) en geboortedatum van de patient(e)/verzekerde/betrokkene.
 - behandeldatum en notadatum
 - notabedrag en valuta
 Bovenstaande gegevens dienen in een voor ons begrijpelijke taal (Nederlands/Engels) op de nota te zijn opgenomen.
- (Medische) verklaringen, reisdocumenten, verwijfsbriefjes, recepten en overige bewijsstukken zoals boekingsbevestigingen dienen bij de nota's gevoegd te worden. Wij adviseren u voor uw eigen administratie kopieën te maken van dlt formuller en van de bijgevoegde nota's. Eventuele administratie-en/of incassokosten worden niet vergoed.

Redenen van annulering of voorlopige afbreking reis (*aanvinken wat van toepassing is*)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ziekte | <input type="checkbox"/> ongeval | <input type="checkbox"/> overlijden |
| <input type="checkbox"/> zwangerschap | <input type="checkbox"/> schade werkgever | <input type="checkbox"/> schade aan eigendommen |
| <input type="checkbox"/> verlies reisdocumenten | <input type="checkbox"/> werkloosheid | <input type="checkbox"/> schade aan gereserveerde accommodatie |
| <input type="checkbox"/> andere oorzaak | | |

UITSLUITEND INVULLEN BIJ ZIEKTE, ONGEVAL OF OVERLIJDEN

Naam betrokkene : _____

Voornaam Geslacht: M V

Adres: _____ Huisnummer:: _____

Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____ Relatie tot de verzekerde of reisgenoten? Ja Nee

Zo ja, van wie of welke familierelatie bestaat er? _____

BIJ ZIEKTE OF ONGEVAL DE VOLGENDE VRAGEN VERPLICHT INVULLEN TEN BEHOEVE VAN ONZE MEDISCH ADVISEUR!

Wie stelde de noodzaak tot het annuleren van de reis vast? _____

Naam arts: _____

Adres: _____

E-mailadres: _____

Aard van het letsel of van de ziekte: _____

Welke behandeling is ingezet? _____

Omschrijving van de klachten, die aanleiding waren om de reis te annuleren. _____

Datum ongeval of eerste ziekteverschijnselen: _____

Naam en adres huisarts betrokkene: _____

Nadere toelichting op reden annulering (verplicht in te vullen)

SCHADE

Datum annulering: _____

Aantal verzekerden dat annuleert: _____

Reissom: _____

Restitutie (*welk bedrag kreeg u terug van de reisorganisatie of verhuurder*):

Schade:

Verhuurder van de vakantiewoning:

DE VERZEKERDE VERKLAART:

- vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen en ermee bekend te zijn dat bij onjuiste/onvolledige/onware opgave elk recht op uitkering vervalft;
- toestemming te geven aan Assuria Schadeverzekering N.V. of aan een door Assuria Schadeverzekering N.V. in te schakelen organisatie, om, indien deze na het beoordelen van de antwoorden op de gestelde vragen nog onvoldoende informatie heeft om tot een advies te komen, de van belang zijnde (medische) gegevens op te vragen bij de door u genoemde arts(en)/instanties in verband met hetgeen waarvoor u declareert.
- ermee bekend te zijn dat dit declaratieformulier en de eventueel nog nader over te leggen gegevens dienen om de omvang van de schade en het recht op uitkering vast te stellen. Dit geldt ook voor de machtiging die tot maximaal een jaar na ondertekening van dit formulier geldig is.
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

Handtekening:

*(De verzekerde dient zelf te ondertekenen, tenzij hij/zij nog geen 18 jaar oud is of onder curatele is gesteld.
In dat geval tekent de wettelijk vertegenwoordiger.)*

Datum:

Plaats:

Naam wettelijk vertegenwoordiger:

(Uitsluitend in te vullen als de verzekerde nog geen 18 jaar oud is of onder curatele is gesteld.)

Relatie tot verzekerde (maak keuze): vader moeder voogd onder curatele gesteld