

Claimformulier verzekeringsdekking fysiotherapie



voornaam	<input type="text"/>	achternaam	<input type="text"/>
adres	<input type="text"/>	postcode	<input type="text"/>
woonplaats	<input type="text"/>		
deelnemersnummer ixorg	<input type="text"/>	geboortedatum deelnemer	<input type="text"/>
telefoonnummer	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>
bankrekening (iban)	<input type="text"/>		

Datum en tijdstip ongeval

Waar vond het ongeval plaats?

Wat was de oorzaak van het ongeval? Wat is er gebeurd?

Is het trauma het directe gevolg van het ongeval?

Hoeveel behandelingen heeft de fysiotherapeut opgenomen in het behandelplan?

Heeft u een arts (anders dan de fysiotherapeut) geconsulteerd? Zo ja, wie en waarom? Ja Nee

Naam fysiotherapeut

Adres

Postcode

Woonplaats

Datum en plaats van behandeling

Is de behandeling voltooid? Ja Nee

Ik heb een scan van de nota bijgevoegd

Ik heb een foto bijgevoegd waarop het trauma te zien is

Ik heb een kopie van het behandelplan toegevoegd

Toelichting

Is deze fysiotherapeutische behandeling elders verzekerd?

Ja

Soort verzekering/maatschappij/polisnummer

Nee

Was iemand anders betrokken bij het ongeval?

Ja (vul de toelichting in)

Nee

Toelichting

Voornaam Achternaam

Adres

Woonplaats Postcode

Is deze betrokkene daarvoor verzekerd?

Ja (vul verzekeringsmaatschappij en polisnummer hieronder in)

Nee

Verzekeringsmaatschappij

Polisnummer

Ondertekening

Ondergetekende verklaart: Dat de antwoorden op bovenstaande vragen door hem/haar zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen; Dat hij/zij zich ervan bewust is dat een onjuistheid of onvolledigheid in dit formulier kan leiden tot verval van rechten uit de verzekeringsovereenkomst. Originelen van gescande stukken worden nog 2 maanden bewaard ter inzage van ixorg NV.

Plaats Datum

Handtekening: _____

Stuur de diagnosekaart en het ingevulde schadeformulier naar services@ixorg.nl