

Claimformulier verzekeringsdekking ziekenhuisopname



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 de ziekenhuisopname het directe gevolg van het ongeval?

In welk ziekenhuis bent u opgenomen en hoelang heeft de ziekenhuisopname geduurd?

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

Ondertekende 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 bv.

Plaats

Datum

Handtekening: _____

Stuur het ingevulde schadeformulier naar services@ixorg.nl