

Student travel – Medische kosten

Schadeaangifteformulier (korte versie)

Belangrijk:

- Vul alle van toepassing zijnde vragen zo volledig mogelijk in, dit voorkomt vertraging in de schadebehandeling.
- Bij voorkeur ontvangen wij uw aangifte met stukken per email. Bewaart u de originelen echter wel. U kunt worden gevraagd om deze ter controle te tonen of toe te zenden. Uiteraard is het ook mogelijk uw aangifte per post te sturen.
- Stuur eventuele verklaringen, aktes en andere bewijsstukken altijd direct mee.
- Vul het formulier duidelijk leesbaar, in blokletters, in.
- Zorg ervoor dat u na invulling het formulier ook ondertekent. Ongetekende formulieren worden niet in behandeling genomen.

A. Algemeen

Polisnummer:		E-mailadres:	
Voornaam en achternaam:	Dhr. / Mw.*		
Adres voor correspondentie:			
Postcode:		Plaats:	
Tel:		Geboortedatum:	
Bankrekeningnummer / IBAN:			
BIC/SWIFT code van de bank:			

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

B. Medische kosten

B1 De schade betreft een:	Ongeval / Ziekte* * Doorhalen wat niet van toepassing is.
B2 Wanneer had u last van de eerste symptomen?	
B3 Toedracht (symptomen en de diagnose indien al bekend; zo nodig een situatieschets en/of toelichting op de achterzijde van dit formulier):	

Wij maken gebruik van door u aan ons verstrekte persoonsgegevens voor de acceptatie, de polisadministratie, het schadebeheer en andere verzekeringsdoeleinden, zoals nader omschreven in ons Algemeen Privacybeleid, dat u hier <https://www2.chubb.com/benelux-nl/footer/privacy-policy.aspx> kunt inzien of door te zoeken op 'algemeen privacybeleid' op de website www2.chubb.com/benelux-nl. U kunt ons altijd vragen om een papieren versie van het Privacybeleid, door te mailen naar dataprotectionoffice.europe@chubb.com.

Chubb European Group SE is een onderneming die valt onder de Franse Wet op de Verzekeringen (Code des Assurances) met registratienummer 450 327 374 RCS Nanterre. Statutaire zetel: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Frankrijk. Chubb European Group SE heeft een volledig volgestort maatschappelijk kapitaal van €896.176.662 en valt onder het toezicht van de 'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution' (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09. Chubb European Group SE, Belgisch bijkantoor, Terhulpseseenweg 166, 1170 Brussel, ondernemingsnummer BE0867.068.548. In België valt zij tevens onder het gedragtoezicht van de Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten (FSMA). Code NBB/BNB 3158. Citibank (Euro-account) 570-1218055-84, IBAN: BE03570121805584, BIC: CITIBEBX.

B4	Bent u thans nog in behandeling?	Ja/Nee *
B5	In geval van een ongeval: zou er blijvende invaliditeit uit kunnen voortvloeien?	Ja/Nee *
B6	Is volgens u een derde partij aansprakelijk voor de geleden schade?	Ja/Nee *

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

Zo ja,

Naam:	
Adres:	
Tel:	
Waarom is de derde partij volgens u aansprakelijk?	
Bij welke maatschappij is de derde partij verzekerd?	
Maatschappij:	Polisnummer:
In welke relatie staat u tot de derde partij?	

Factuur No**	Naam arts/apotheek	Bedrag in buitenlandse valuta	Bedrag in euro's	Vergoeding mutualiteit (ziekenfonds)
1.			€	
2.			€	
3.			€	
4.			€	
5.			€	
6.			€	
7.			€	
8.			€	
9.			€	

** Medische nota's en gerelateerde medische documentatie opsturen.

Bent u verzekerd bij een mutualiteit (ziekenfonds)? **Ja/Nee*****

*** Zo ja, gelieve de afhandelingsbewijzen (overzichten) aan Chubb mee te sturen.

UITDRUKKELIJKE TOESTEMMING VOOR GEBRUIK GEZONDHEIDSGEGEVENS

Wij zullen uw claim zorgvuldig beoordelen, en ook zullen wij, zoals gebruikelijk is in de markt, monitoren op frauduleuze claims. Om uw claim op zijn merites te kunnen beoordelen moeten wij mogelijk uw gezondheidsgegevens en die van andere bij de claim betrokken personen gebruiken. U dient zich ervan te vergewissen dat alle betrokken personen van wie u gezondheidsgegevens aan ons verstrekt dit gebruik van hun gegevens begrijpen en er geen bezwaar tegen hebben, en dat zij (voor zover vereist onder het toepasselijke recht) ermee instemmen dat wij hun gegevens voor het hier omschreven doel gebruiken.

Wij zullen uw gezondheidsgegevens niet gebruiken voor enig ander doel, en zullen te allen tijde de voorwaarden (met inbegrip van beveiligingsstandaarden) genoemd in ons Privacybeleid naleven. U bent niet verplicht om uw toestemming te verlenen, en u mag gegeven toestemming op elk moment intrekken. Indien u echter toestemming weigert of deze later intrekt, dan kan dit effect hebben op onze mogelijkheden om uw claim in behandeling te nemen. Wij verzoeken u het volgende vakje aan te vinken als bewijs van uw toestemming dat wij uw gezondheidsgegevens gebruiken zoals hiervoor omschreven.

Ja **Ondergetekende verklaart:**

- vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben verstrekt, en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen;
- dit schadeaangifteformulier en de eventueel aanvullende gegevens aan de verzekeraar te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de schade en het recht op uitkering;
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen;
- bereid te zijn aan de raadarts van Chubb European Group SE, indien nodig, aanvullende informatie te verstrekken welke de raadarts nodig acht voor de behandeling van de onderhavige schade.

Datum:**Plaats:****Handtekening**