



INSURETOSTUDY.

**DECLARATIE FORMULIER VOOR MEDISCHE KOSTEN
voor de Arubaanse studenten**

Persoonsgegevens

Polisnummer *verzekeringsperiode van* *tot*

Naam en voorletters *geboortedatum*

Adres *Woonplaats* *Postcode*

Telefoon *Land*

Bankrekening *Naam rekeninghouder*

Email

Bij verplichte verzekering door Nederlandse Basiszorgverzekering

Verzekeringsmaatschappij *Polisnummer Basiszorgverzekering*

Klachten

Datum en omschrijving klachten

Wanneer de klachten het gevolg zijn van een ongeval

Datum en omschrijving ongeval

Heb je deze klachten eerder gehad? *Zo ja, vermeld de laatste keer*

Nota 's

Naam arts/ziekenhuis *datum nota* *bedrag*

Originele nota's bijvoegen anders kunnen wij je claim niet in behandeling nemen!

Ondergetekende verklaart bovenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben vertrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen.

Tevens machtigt ondergetekende bij deze de geneeskundig adviseur van InsureToStudy alle gewenste inlichtingen in te winnen bij de behandelende arts(en). Deze arts wordt tevens gemachtigd alle inlichtingen te verstrekken welke verband houden met deze schade.

Handtekening **Datum** **Plaats**