

Download online: insuretostudy.com/download

Stuur dit formulier naar / Send this form to
InsureToStudy • PO box 97640 • 2509 GA The Hague • The Netherlands

PERSOONSGEGEVENS / PERSONAL DATA

Polisnummer Policy number	Verzekeringstermijn van Insurance period from	Tot Till
Naam en voorletters Name and initials	Geboortedatum Date of birth	
Adres Address	Woonplaats City	Postcode Postcode
Land Country	Telefoon Telephone	E-mail E-mail
Bankrekening Bank account	Naam rekeninghouder Name of account holder	

Heb je een verplichte Basiszorgverzekering? / Are you compulsorily insured under the Dutch basic health insurance?

Verzekeringsmaatschappij Insurance company	Polisnummer Basiszorgverzekering Policy number basic health insurance
---	--

KLACHTEN / SYMPTOMS

Datum en omschrijving klachten
Date and description of symptoms

Wanneer de klachten het gevolg zijn van een ongeval / When the complaints are the result of an accident:

Datum en omschrijving ongeval
Date and description of accident

Heb je deze klachten eerder gehad? Have you suffered from the same symptoms before?	ja / yes <input type="checkbox"/>	nee / no <input type="checkbox"/>	Zo ja, wanneer? If yes, when?
--	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

NOTA'S / INVOICES

Originele nota's bijsluiten / Enclose original invoices			Betaling aan / Payment to	
Naam arts / ziekenhuis Name doctor / hospital	Datum nota Date on invoice	Bedrag Amount	arts doctor	mijzelf myself
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ondergetekende verklaart bovenstaande 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;
The undersigned declares that he/she has answered the above questions and provided the above particulars accurately, truthfully and to the best of his/her knowledge, and that he/she has not withheld any particulars relating to this claim;

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 schadeaanpak.
The undersigned also hereby authorises the medical advisor of InsureToStudy to obtain any desired information from the attending physician(s). Said physician is also hereby authorised to provide any information relating to this claim.

Wij kunnen uw schade- en verzekeringsgegevens raadplegen en vastleggen bij de Stichting CIS (Centraal Informatie Systeem van in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen). Dit doen we om risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Meer informatie en het privacyreglement vind je op: www.stichtingcis.nl
We are able to consult your claim- and insurance data and register at the Stichting CIS (Central Information System of insurance companies operating in the Netherlands). This procedure is meant to manage risks and prevent fraud. More information and the privacy rules can be found on www.stichtingcis.nl

Handtekening verzekerde Signature insured	Datum Date	Plaats Place
--	---------------	-----------------