



# SCHADE-AANGIFTEFORMULIER VOOR MEDISCHE KOSTEN

## CLAIM FORM FOR MEDICAL EXPENSES

S.v.p. dit schade-aangifteformulier zenden aan: IPS/Meeùs Assurantiën Groep BV  
Postbus 93512, 2509 AM Den Haag. E-mail [claims@ipsinsurance.info](mailto:claims@ipsinsurance.info), tel. +31 (0)70 - 302 302 85 98, fax +31 (0)70 - 361 76 10.  
Please send this claim form to: **IPS/Meeùs Assurantiën Groep BV, P.O. Box 93512, 2509 AM The Hague, The Netherlands,**  
e-mail [claims@ipsinsurance.info](mailto:claims@ipsinsurance.info), tel. +31 (0)70 - 302 85 98, fax +31 (0)70 - 361 76 10.

U kunt een nieuw aangifteformulier vinden op het internet, 'schade indienen' zie [www.ipsinsurance.info](http://www.ipsinsurance.info)  
You can download a new claim form on the internet, 'make a claim' check [www.ipsinsurance.info](http://www.ipsinsurance.info)

Polisnummer \_\_\_\_\_ Verzekeringsduur van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_  
*Policy number Insurance period from till*

Naam en voorletters \_\_\_\_\_ Adres \_\_\_\_\_  
*Name and initials Street and number*

Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats \_\_\_\_\_  
*Postcode Town/city*

Telefoon \_\_\_\_\_ E-mail adres \_\_\_\_\_  
*Telephone E-mail address*

Geboortedatum \_\_\_\_\_  
*Date of birth*

Bankrekeningnummer \_\_\_\_\_ Naam rekeninghouder \_\_\_\_\_  
*Bank account number Name account holder*

Indien u verplicht verzekerd bent onder de Nederlandse basisverzekering:  
*When you have an obligation to be insured under the Dutch compulsory basic health insurance:*

Naam zorgverzekeraar \_\_\_\_\_ Polisnummer zorgverzekeraar \_\_\_\_\_  
*Name insurance company Policy number health insurance*

**Datum en omschrijving van de klachten (bijv. hoofdpijn, gebroken been)**  
**Date and description of the complaint(s)/injur(y)(ies) (e.g. headache, broken leg)**

Ongeval: \_\_\_\_\_  ja/yes  nee/no  
*Accident:*

Zo ja: voeg svp omschrijving bij van het ongeval \_\_\_\_\_  
*If yes: please inform us about the circumstances regarding your accident*

Heeft u reeds eerder aan dezelfde klachten geleden? \_\_\_\_\_  ja/yes  nee/no  
*Have you previously suffered from the same complaints?*

Zo ja: wanneer was dit? Vermeld de laatste keer \_\_\_\_\_  
*If yes: on what date? Mention the last time*

Naam arts, etc.:	Nota datum:	Nota bedrag:	Betalen aan arts/specialist*	
<i>Name doctor, hospita, caretaker:</i>	<i>Date of invoice:</i>	<i>Amount on invoice:</i>	<i>Payment to doctor/specialist*</i>	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nee/no
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nee/no
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nee/no
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nee/no
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nee/no
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nee/no
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nee/no
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja/yes	<input type="checkbox"/> nee/no

\* als u "nee" aangeeft, betalen wij aan u op uw hierboven opgegeven (post)bankrekeningnummer.  
\* if you choose "no", we will make claim payments to your account number supplied on this form.

Originele nota's bijvoegen (zonder originele nota's kan uw aangifte niet in behandeling worden genomen)  
*Enclose original invoices (without original invoices we cannot handle your claim)*

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

Handtekening verzekerde \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_  
*Signature insured Date Place*