



# SCHADE-AANGIFTEFORMULIER STUDIEREIS- EN STAGEVERZEKERING

## CLAIM FORM FOR STUDY TRAVEL AND WORK PLACEMENT INSURANCE

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 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' on [www.ipsinsurance.info](http://www.ipsinsurance.info)

Soort schade \_\_\_\_\_  Ongeval/ziekte \_\_\_\_\_  Aansprakelijkheid \_\_\_\_\_  
Nature of claim \_\_\_\_\_ Accident/illness \_\_\_\_\_ Liability \_\_\_\_\_  
 Buitengewone kosten \_\_\_\_\_  Bagage \_\_\_\_\_  
Extraordinary costs \_\_\_\_\_ Luggage \_\_\_\_\_

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

Naam en voorletters \_\_\_\_\_  Man  Vrouw  
Name and initials \_\_\_\_\_ Male Female

Adres \_\_\_\_\_  
Street and number \_\_\_\_\_

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

Telefoon \_\_\_\_\_ Geboortedatum \_\_\_\_\_  
Telephone \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

(Post)bankrekeningnummer \_\_\_\_\_ Naam rekeninghouder \_\_\_\_\_  
Bank or post office giro 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 health insurance

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

2. Bent u elders tegen deze schade verzekerd?  Ja  Nee  
Are you insured elsewhere against this damage or loss? Yes No

Zo ja; Maatschappij \_\_\_\_\_ Polisnummer \_\_\_\_\_  
If so; Company \_\_\_\_\_ Policy number \_\_\_\_\_

3. a. Wanneer is de schade/het ongeval/de ziekte ontstaan? Datum \_\_\_\_\_ Tijdstip \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
When did the damage/loss/accident/illness occur? Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

b. Plaats \_\_\_\_\_  
Place \_\_\_\_\_

c. Oorzaak \_\_\_\_\_  
Cause \_\_\_\_\_

d. Toedracht (zodrig een situatieschets en/of toelichting bijsluiten)  
Circumstances (If necessary, enclose a diagram and/or explanation of the situation)

---

---

---

---

Is aangifte gedaan bij de politie?  Ja  Nee  
Has the incident been reported to the police? Yes No

Op welk bureau? \_\_\_\_\_  
At which police post? \_\_\_\_\_

S.v.p. verklaring bijvoegen  
Please enclose the statement made

Kan de schade naar uw mening worden verhaald op een ander?  
*In your opinion can the damage or loss be recovered from a third party?*

Ja  
Yes

Nee  
No

Zo ja; Naam \_\_\_\_\_  
*If so: Name*

Adres \_\_\_\_\_  
*Address*

Telefoon \_\_\_\_\_  
*Telephone*

Waarom meent u dat de schade op deze persoon te verhalen is?  
*Why do you assume that the damage or loss can be recovered from that person?*

Waar is deze persoon verzekerd?  
*Where is this person insured?*

Maatschappij \_\_\_\_\_  
*Company*

Polisnummer \_\_\_\_\_  
*Policy number*

In welke relatie staat u tot deze persoon?  
*What is that person's relationship to yourself?*

4. Alleen in te vullen bij een ongeval of ziekte  
*To be completed only in the case of accident or illness*

Datum en toedracht van de eerste verschijnselen van ziekte/ongeval? \_\_\_\_\_  
*Date and circumstances of the first symptoms/signs of illness/accident?*

Omschrijving van de verwondingen resp. klachten \_\_\_\_\_  
*Description of the injuries or complaints*

Wanneer werd de eerste geneeskundige hulp verleend? \_\_\_\_\_  
*When was the first medical assistance provided?*

Naam hulpverlener \_\_\_\_\_  
*Name of party providing assistance*

Adres \_\_\_\_\_  
*Address*

Wordt u thans nog behandeld?  
*Are you still being treated?*

Ja  
Yes

Nee  
No

Naam behandelend arts \_\_\_\_\_  
*Name of attending physician*

Adres \_\_\_\_\_  
*Address*

Bent u doorverwezen naar een specialist?  
*Were you referred to a specialist?*

Ja  
Yes

Nee  
No

Zo ja: wanneer \_\_\_\_\_ Naar wie \_\_\_\_\_  
*If so: when To whom*

Heeft u reeds eerder aan dezelfde klachten geleden?  
*Have you previously suffered from the same complaints?*

Ja  
Yes

Nee  
No

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

Bijlage	Nota dd.	Naam specialist/apotheek	Bedrag in buitenlandse munteenheden	Bedrag in euro	Vergoeding ziektekosten verzekering
Enclosure	Bill dated	Name of specialist/pharmacy	Amount in foreign currency	Amount in euro	Reimbursement from state medical insurance agency or medical expenses policy
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____	_____	_____
10.	_____	_____	_____	_____	_____

NB. U dient van alle gemaakte kosten de originele nota's mee te zenden  
*NB. You should send the original bills for all costs incurred*

5. Alleen in te vullen bij hulpverlening en/of buitengewone kosten  
*To be completed only in the case of assistance and/or extraordinary costs*

a. Waaruit bestaan de kosten? \_\_\_\_\_  
*What do these costs consist of?*

b. Waarom waren deze kosten noodzakelijk? \_\_\_\_\_  
*Why were these costs necessary?*

De noodzaak hiervan dient te worden aangetoond d.m.v. een doktersverklaring.  
*The necessity hereof should be evidenced by a doctor's medical statement.*

6. Alleen in te vullen bij bagageschade  
*To be completed only in the case of luggage claim*

Gegevens beschadigde en/of vermiste voorwerpen \_\_\_\_\_ Aankoopdatum \_\_\_\_\_  
*Details of damaged and/or lost objects Purchase date*

Aankoopbedrag € \_\_\_\_\_ Schatting van de schade € \_\_\_\_\_  
*Purchase cost EURO Estimate of damage/loss EURO*

Buitenlandse munteenheden \_\_\_\_\_ Buitenlandse munteenheden \_\_\_\_\_  
*Foreign currency Foreign currency*

S.v.p. aanschafnota's bijvoegen.  
*Please enclose purchase invoices.*

Is de schade herstelbaar?  Ja  Nee  
*Can the damage be repaired? Yes No*

Zo ja; voor welk bedrag? € \_\_\_\_\_  
*If yes, for how much? EURO*

Waar zijn de beschadigde voorwerpen? \_\_\_\_\_  
*Where are the damaged objects?*

Waar en wanneer kan de schade worden opgenomen? \_\_\_\_\_  
*Where and when can the damage be assessed?*

De op dit formulier ingevulde en eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de cliëntenregistratie door de verzekeraar waarbij u verzekerd bent, of die u aansprakelijk acht. Deze registratie is aangemeld bij de Registratiekamer. Een afschrift van het aanmeldingsformulier ligt ter inzage bij deze verzekeraar. De verstrekte gegevens kunnen ook worden verwerkt in het Centraal Informatie Systeem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Aanmelding van deze registratie is gedaan op 23.04.1990. Een afschrift van het formulier van aanmelding ligt voor een ieder ter inzage bij de stichting CIS, Westblaak 108, 3012 KM Rotterdam.

*The personal details entered on this form or to be submitted subsequently may be incorporated in the clients records kept by the insurer with whom you are insured or who holds you to be liable. These records have been registered with the Records Chamber. A copy of the registration form may be inspected at the offices of this insurer. The information provided may also be incorporated in the Central Information System of the insurance companies operating in the Netherlands. This system was registered on 23.04.1990. A copy of the registration form may be inspected by anyone at the offices of this foundation, Westblaak 108, 3012 KM Rotterdam.*

Ondergetekende verklaart

*The undersigned declares*

- 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;

*that he/she has answered the above questions and provided the above particulars accurately, truthfully and to the best of his/here knowledge, and that he/she has not withheld any particulars relating to this claim;*

- dit schade-aangifteformulier en de eventueel aanvullende gegevens aan de verzekeraar te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering;

*that he/she submits this claim form and any additional information to the insurer for the purpose of determining the extent of the damage or loss and the entitlement to benefit;*

- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

*that he/she has taken note of contents of this form.*

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.*

Datum \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_ Place \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_