

IAK Verzekeringen B.V. Postbus 90164, 5600 RT Eindhoven

www.iak.nl info@iak.nl

Handelsregister Oost Brabant 17086794

Toelichting Instructions

- Na het invullen houdt u zelf het doorgedrukte exemplaar.
 After completion keep the carbon copy.
- U stuurt het ingevulde formulier met de originele nota's op in de retourenvelop.
 - Send us the completed form provided with the original invoices in the return envelope.
- Aantal nota's aankruisen.
 - Tick the box denoting the number of invoices.
- Vul valuta van het land in.
- Do not forget to fill in the currency.
- Vul de naam van het land in bij opmerkingen op de achterzijde, indien de valutacode geen EUR (€) is.
 - Fill in the name of the country by additional information at the back of this form, if the currency is not EUR (\leqslant) .

Declaratieformulier

Expense claim form

Tips voor een snelle en correcte afwikkeling Hints for a quick and proper settlement

- Stuur ons altijd de originele nota's. Fotokopieën, duplicaten of betalingsherinneringen nemen we niet in behandeling.
 Always send us the original invoices. Photocopies, duplicates or reminders
 - will not be processed.
- Hecht aan dit declaratieformulier de nota's en de eventuele verwijzingen van uw huisarts of goedkeuringen van IAK.
 Attach to this expense claim form any invoices and referrals by your family
- doctor or approvals you may have received from IAK Verzekeringen.
 Schrijf in blokletters en kruis de vakjes duidelijk aan. Gebruik een zwarte of blauwe pen.
- Write in block capitals and clearly tick the appropriate boxes. Use a ballpoint with black or blue ink.
- Stuur uw nota's regelmatig in. U voorkomt dan piekvorming.
 If you submit your invoices on a regular base, delays in processing then will be prevented.
- Is er sprake van een ongeval waarbij een tegenpartij is betrokken? Kruis dan dit vakje aan en vul de achterzijde in.
 - Does the claim relate to an accident that involves a third party? Tick the appropriate box and fill in the back of this form.
- Bezoek www.iak.nl voor meer informatie. Hier kunt u ook een declaratieformulier invullen en afdrukken.
 Visit www.iak.nl for additional information. There you can also fill in and

Visit www.iak.nl for additional information. There you can also fill in and print this form.



Dit gedeelte invullen en opsturen Please complete and submit this part

.....

Declaratieformulier Expense claim form

Bank-/giro nr./no.	:			Naam/name	2	:			
Collectiviteits nr. / Collective no. :			Adres/addres		ess	:			
Verzekerde nr. / Insurance no.	:			Pc+plaats/p	c+town	:			
Notanummer/factuurk van de bijgevoegde nota'			Vie werd behand no received treat		Valuta Currency	Bedrag van de nota's	Overmaken aan mijzelf	Overmaken aan derden	Gevolg ongeval?
van de bijgevoegde nota's (max. 6) Invoice no. / Invoive characteristics		Initialen Initials	Geboorte Date of		Currency	Invoice amount(s)	To be paid to policyholder	To be paid to third party	Due to an accident?
							ja/yes	ja/yes	ja/yes
						,	ja/yes	ja/yes	ja/yes
							ja/yes	ja/yes	ja/yes
						,,	ja/yes	ja/yes	ja/yes
						,,	ja/yes	ja/yes	ja/yes
						,,	ja/yes	ja/yes	ja/yes
Totaal aantal bijgevoegde nota's Total no. of invoices enclosed			Totaal bed Total amou	rag bijgevoeg nt of invoices	de nota's enclosed	,			
Datum inzending dd-mm-jjjj Date submitted dd-mm-yyyy	- -			Uw telefoon Your telep					

DF-O 10-08

	_	_				
11-	it the currency is not EUR ((
$\Pi \rightarrow$	I MUCH TOR SEVERATION SILI	VITURE OF THE COUNTY	III III III (2) M	กฮ เเลลล ลทดายาทเยง	i iict igiid iii giz de i	ea meen an iam in a

	oegde nota's ces enclosed slephone no.			1 1 1 1	— b	Totaal aantal bijgevoegde notalose Total no. of invoices enclose Datus inscending dd-mm-jj Wy-mm-bb baited dd-mm-yyy
29V/ei 29V/ei 29V/ei , 29V/ei 29V/ei 29V/ei , 29V/ei 29V/ei 29V/ei , 29V/ei 29V/ei 29V/ei , 29V/ei 29V/ei , , 29V/ei 29V/ei , , 29V/ei 29V/ei , ,						
Bedrag van de nota's aan mijzelf aan derden ongeval? Invoice To be paid to to third accident? amount(s) paid to party party	Valura Currency	werd behandeld? eceived treatment? Geboortedatum Date of birth		(9	.xsm) s'ssoi	Motanummet/fact van de bijgevoegde n Invoice no. / Invoive
	s/pc+town :					, ⁷ erzekerde nr. / Insurance n
		n/mash/ a/mash/ a/ao			: .on s	3ank-/giro nr./no. Collectiviteits nr. / Collectivo
oilumrofoitsralooO From Front of Market Claim for Trong Market Claim Front of Market Claim (No. 1) and the Community of the C	Həz	Kopie dec u voov Four copy of the exp	X			NEWSEKENTINGEN IN THE NEW YORK
	Həz	Mopie dec		V Snebhovejš	gane plaatsg	Heeft er een ziekenhuisopn. on/9es nee/no Ingalage
	Həz	Mopie dec	eilasiqeod eaV			Maam arts of specialist/na l. Heeft er een ziekenhuisopn:
	Həz	Mopie dec	eilasiqeod eaV	or speciali	me doctor	Datum/date: Naam arts of specialist/na Heeft er een ziekenhuisopn.
	Həz	nocter/specialist	d by which d	ich date and ment: or speciali	ent, on whi edical treat	Maam arts of specialist/na l. Heeft er een ziekenhuisopn:
	Please describe	nocter/specialist	j welke arts/ d by which d st:st	as a result? latum en bi ich date and :ment:	treatment op welke d ent, on wh edical treat	If so, what kind of treatmed Medische behandeling/mod Datum/date: Naam arts of specialist/nath. Heeft er een ziekenhuisopnath.
noe een en ander plaatsvond, met situatieschets. what happened, providing a sketch of the situation. Declaratieformulie	Please describe	specialist? Octer/specialist sation necessary? Moor act	rcipality: ——stellen? j welke arts/ d by which d st: ——st.	s In which as a result? sa a result? ich date and ich date and	dent occur Treatment Treatment op welke dent, on whi	On what date did the accid Datum/date: Heeft u zich onder medical Are you receiving medical ja/yes
vn: noe een en ander plaatsvond, met situatieschets. what happened, providing a sketch of the situation. Declaratieformulie	5. Wie acht u schu Who do you cor Naam/name: Adres/address: Woonplaats/roy Tel.nr./no.: 6. Beschrijf s.v.p. h Please describe	ot necessary to specialist? octer/specialist sation necessary? stion necessary?	wege blijven then it is no then it is no ticpality: atellen? at: at:	6 nu achter date)? If so laats? In we leling laten as a result? ich date and ich date and	Sen 2 t/m e se give the congeval plant occur. Op welke dent, on which on which occur.	On what date did the accident Datum/date: Heeft u zich onder medical Are you receiving medical als/yes and nee/no Zo ja, welke behandeling, If so, what kind of treatme Medische behandeling, mo Datum/date: Datum/date:
date discharged: date discharged: ldig? vn: noe een en ander plaatsvond, met situatieschets. what happened, providing a sketch of the situation. Declaratieformulie	Opnamedatum, Ontalagdatum, S. Wie acht u schu Who do you cor Maam/name: Adress: Woonplaats/tov Tel.nr./no: 6. Beschrijf s.v.p. h Please describe v	ja, dan kan ot necessary to specialist? octer/specialist sation necessary?	w.p.)? Indien wege blijven lke gemeent cipality: cipality: atellen? st:	ermelden s. 6 nu achter date)? If so laats? In which leling laten as a result? ich date and ich date and	e (datum vo gen 2 t/m o se give the congeval pi dent occur behand treatment treatment edical treat	ja/yes nee/no Zo ja, met welke declaration beantwoording van de vra If so, in which claim (plea complete questions 2-6. Datum/date: Datum/date: Datum/date: Ja/yes nee/no Ja, welke behandeling, If so, what kind of treatmo Medische behandeling, who Medische et een ziekenhuisopm.
date discharged: ldig? noider liable for the accident? noe een en ander plaatsvond, met situatieschets. what happened, providing a sketch of the situation. Declaratieformulie	If so, on what d Opnamedatum, Ontslagdatum, 5. Wie acht u schu Who do you cor Naam/name: — Adres/address: — Adres/address: — Adres/address: — Oronplaats/tov Tel.nt./no: — 6. Beschrijf s.v.p. l Please describe w	e same accident? ja, dan kan ot necessary to specialist? octer/specialist sation necessary?	relation to the w.p.)? Indien wege blijven of the municipality cipality: stellen? atellen? stellen?	ermelden s. 6 nu achter date)? If so laates In we leling laten as a result? ich date an ich date an	e (datum vo gen 2 t/m o gen 2 t/m o se give the dent occur The behand treatment op welke d ent, on wh edical treat	No ja, met welke declaration beantwoording van de vra If so, in which claim (plea complete questions 2-6. Datum/date: On what date did the accid on what date: Are you receiving medical on ja, welke behandeling. If so, what kind of treatmed the so, what kind of treatmed the so. Medische behandeling. If so, what kind of treatmed the so. Medische behandeling.

IAK Verzekeringen B.V.

In.Asi.www

Handelsregister Oost Brahant 17086794