

# ***Gouda Expatriate Policy***

## *Claim Form Medical Expenses*

*For the customer*

### **Wij zijn...**

*Geert Bouwmeester was pas 22 toen hij in 1924 voor zichzelf begon. Een overloop werd ingericht als kantoorruimte en de eerste polissen werden op de fiets rondgebracht. Sindsdien is ons bedrijf enorm gegroeid en is er veel veranderd. Maar ondanks deze groei zijn wij nog steeds een onafhankelijk familiebedrijf en werken we nog steeds vanuit ons ondernemershart.*

### **Verzekeringen voor ondernemers**

*Wij richten ons vooral op verzekeringen voor ondernemers. Mannen en vrouwen die hard werken aan het succes van hun bedrijf. Die op zoek zijn naar zekerheid en gemak. En naar goede en praktische verzekeringsoplossingen, voor elke fase van hun ondernemerschap.*

### **Onafhankelijke adviseurs**

*Onze samenleving wordt steeds ingewikkelder. Particulieren en ondernemers hebben behoefte aan iemand die hen kent en een advies geeft dat helemaal is afgestemd op hun persoonlijke situatie, wensen en mogelijkheden. Daarom werken wij nauw samen met onafhankelijke adviseurs, die als geen ander in staat zijn om de juiste oplossing samen te stellen.*

# Gouda Expatriate Policy

## Claim Form Medical Expenses

### Important notice

In the event of admission to a hospital we request that you report this as soon as possible to Gouda Assistance, in which case a guarantee is given to the relevant hospital. Telephone +31 71 56 81 89 2. Gouda Assistance must be informed of an insured person being admitted to hospital for daycare or inpatient treatment within 48 hours after admittance in order to confirm the conditions of cover. Gouda Assistance must be notified in advance in order to be eligible for reimbursement of Additional travel and accomodation costs and/or expences for Repatriation of mortal remains.

When in need of medical services in the USA, contact Gouda Assistance USA to arrange your billing prior to seeking care. Telephone 001 800 694 9832.

Claims for all medical expenses can only be processed if the claim form is filled in completely and if it is accompanied by original bills. Please complete a separate form for each illness/injury and for each person and ensure the treating doctor completes the Medical Certificate overleaf. Invoices must be submitted within one year after the date of issue.

As soon as your excess is exceeded return the form(s) with all original documents to: Gouda Insurance, P.O. Box 9, 2800 MA Gouda, the Netherlands.

### 1. Details policyholder

Name  Mr  Mrs

Policynumber

Commencement date coverage (d-m-y)

### 2. Details insured

Name and first name(s)  Mr  Mrs

Date of birth (d-m-y)

#### adress in the country of residence

Street and housenumber

Postal code | Town | Country

Telephone

E-mail

#### adress in the home country

Street and housenumber

Postal code | Town | Country

Telephone

### 3. Claim

Continuation of previous claim. If this is a continuation of a previous or current claim that you have already claimed under this policy, then please state claim number

#### Settlement of claim

To whom do you wish settlement paid?

Street and/housenumber

Postal code | Town | Country

Bank account number | Name and city of the bank

IBAN code | BIC code

