

AANGIFTE VAN SCHADE

(onmiddellijk op te sturen naar Allianz Global Assistance)

Hulpverlening
Medische kosten

Onvolledig ingevulde formulieren
vertragen de afhandeling

Dossiernummer :

Global Assistance

Allianz 

Zwaluwenstraat 2 - 1000 Brussel
Tel. +32 2 290 64 11 - Fax +32 2 290 64 19

1. Naam **verzekerde** :
Voornaam :
Geboortedatum : / /
Beroep :
Adres :
.....
Tel. (tijdens kantooruren) :

2. **Betaling**
Schadelijders verklaren zich akkoord met het feit
dat de eventuele vergoedingen betaald worden aan :
.....
IBAN:
SWIFT/BIC:
Handtekening verzekerde Handtekening agent
.....

3. **Reisagentschap :** Naam :
Adres :
.....
Refertes :

4. **Touroperator :** Naam :
PO nummer :

5. **Polisnummer :**

6. **Bestemming :**

Reservatiedatum : / /
Vertrekdatum : / /
Terugreisdatum : / /

7. Voorval :

Ziekte : Datum : / /
Diagnose :

Was er reeds vroeger een behandeling voor dezelfde ziekte ?

Neen

Ja : vanaf / / tot en met / /

Was u op het ogenblik van uw vertrek in behandeling voor deze aandoening ?

Neen

Ja : welke :

Ongeval : Datum : / / uur : u

Plaats van ongeval :

Letsels :

Duidelijke omschrijving van de omstandigheden :

.....

.....

Ongeval tijdens sportbeoefening

Neen

Ja : Welke sport :

Aansprakelijke derde

Neen

Ja: Naam & voornaam :

Adres :

Verzekeringsmaatschappij :

refertes en polisnummer :

aankruisen wat past

8. Behandeling

a) datum eerste behandeling : / /

geneesheer eerste behandeling : naam :

woonplaats : land :

hospitaal eerste behandeling : naam :

woonplaats : land :

a) thans nog in behandeling :

neen

ja: geneesheer huidige behandeling : naam : woonplaats :

aankruisen wat past

ev. hospitaal huidige behandeling : naam : woonplaats :

9. Verzekeringen

a) ziekenfonds/mutualiteit : neen ja: naam : lidnummer :

b) andere assistance verzekering : neen ja: verzekeringsmaatschappij : polisnummer :

c) persoonlijke ongevallenverzekering : neen ja: verzekeringsmaatschappij : polisnummer :

d) hospitalisatieverzekering : neen ja: verzekeringsmaatschappij : polisnummer :

e) groepsverzekering via werkgever : neen ja: naam werkgever : verzekeringsmaatschappij polisnummer :

aankruisen wat past

10. Kosten

Datum	Omschrijving	Reeds betaald ?	Bedrag	Tussenkost Mutualiteit
..... / /	ja/neen	.....	.....
..... / /	ja/neen	.....	.....
..... / /	ja/neen	.....	.....
..... / /	ja/neen	.....	.....
..... / /	ja/neen	.....	.....

schrappen wat niet past

11. Bij te voegen documenten

- Bij punt : 4 : de inschrijvingsfactuur van de touroperator
- 10 : - attest van uw ziekenfonds/mutualiteit dat het bedrag van haar tussenkost vermeldt
- kopie van de nota's van de medische kosten
- kleefstrookje van uw mutualiteit

Ondergetekende verklaart de bovenvermelde inlichtingen in alle eerlijkheid mee te delen. AGA International S.A. – Belgian branch is automatisch ontheven van haar verplichtingen indien opzettelijk gegevens worden verzwegen of onjuist worden meegedeeld.

Handtekening verzekerde, voorafgegaan door 'gelezen en goedgekeurd

Datum : / /

Onderneming toegelaten onder het codenummer 2769 – ondernemingsnummer: 0837.437.919. De houder van de bestanden is AGA International S.A. - Belgian branch. De gegevens worden ingezameld met het oog op een vlot beheer van het contract en de shadedossiers. De patiënt geeft daartoe AGA International S.A. - Belgian branch eveneens toestemming om de medische gegevens te verwerken. De patiënt heeft het recht van toegang tot en verbetering van deze gegevens. De patiënt heeft ook de mogelijkheid om aanvullende inlichtingen te bekomen bij het openbaar register van de Commissie voor de Bescherming van de persoonlijke Levensfeer (identificatiens. VT4003753 en VT4003754) (wet van 8.12.92).