

AANGIFTE VAN SCHADE

(onmiddellijk op te sturen naar Allianz Assistance)

Hulpverlening
Medische kosten

Onvolledig ingevulde formulieren
vertragen de afhandeling

Allianz  **Assistance**

AWP P&C S.A., Belgian Branch
Koning Albert II-laan 32 1000
Brussel
Tel: +32 2 290 64 68

Dossiernummer :

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. AWP P&C 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 AWP P&C S.A. - Belgian branch. De gegevens worden ingezameld met het oog op een vlot beheer van het contract en de schadedossiers. De patiënt geeft daartoe AWP P&C S.A. - Belgian branch de mogelijkheid om aanvullende inlichtingen te bekomen bij het openbaar register van de Commissie voor de Bescherming van de persoonlijke Levenssfeer (identificatienrs. VT4003753 en VT4003754) (wet van 8.12.92).