

AANGIFTE VAN SCHADE

(onmiddellijk op te sturen naar Allianz Global Assistance)

Annulering

Reisonderbreking

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. Inschrijvingsdatum : / /

Vertrekdatum : / /

Terugreisdatum : / /

Annuleringsdatum : / /

of
Datum vervoegde terugkeer : / /

7. Bestemming :

Totale prijs van de reis : €

Reeds betaald : voorschot : bedrag : € op datum : / /

saldo : bedrag : € op datum : / /

Annuleringskosten : €

8. Reden annulering/vervoegde terugkeer :

a. Welke persoon is de oorzaak van de annulering/vervoegde terugkeer :

Naam en voornaam :

Geboortedatum : / /

Beroep :

Adres :

Telefoon nr. (tijdens kantooruren) :

Verblijft deze persoon thuis : Ja

Neen

b. Wat is de reden van de annulering/vervroegde terugkeer :

- Ziekte :** Diagnose :
Datum waarop de patiënt het allereerst zorgen aanvraag : / /
Betreft het een ziekte van psychologische aard? Ja Neen
- Ongeval :** Datum : / /
Letsels :
Duidelijke omschrijving van de omstandigheden :
.....
.....
Aansprakelijke derde
 Neen
 Ja: Naam & voornaam :
Adres :
.....
Naam van zijn verzekeringsmaatschappij :
refertes en polisnummer :
- Overlijden :** Datum van overlijden : / /
Datum van begrafenis : / /
- Andere reden :** Welke :

aankruisen wat past

9. Aantal annulerende personen :

Naam & voornaam van de personen die annuleerden/vervroegd terugkeerden :

verwantschap met de persoon die de oorzaak is van de annulering/vervroegde terugkeer & onderling verwantschap

- | | |
|----------|-------|
| 1) | |
| 2) | |
| 3) | |
| 4) | |
| 5) | |
| 6) | |

10. Documenten zo spoedig mogelijk over te maken :

- Inschrijvingsfactuur T.O.
- Annuleringsfactuur T.O.
- Ziekte : medisch formulier
- Ongeval : medisch formulier
- Overlijden : administratief overlijdensattest en overlijdensbericht
- Andere reden : elk officieel document dat uw eis rechtvaardigt

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 Levenssfeer (identificatiens. VT4003753 en VT4003754) (wet van 8.12.92).

MEDISCH FORMULIER

Aan : de medische dienst van Allianz Global Assistance

Zwaluwenstraat 2 - 1000 Brussel
Tel. +32 2 290 64 11 - Fax +32 2 290 65 29

in te vullen door de geneesheer

*Onvolledig ingevulde formulieren vertragen de afhandeling.
Het is de verzekerde die U vraagt om dit formulier in te vullen.
Mogen wij U vragen om het formulier na vervollediging dicht-
geplakt aan de verzekerde te overhandigen? Dank u.*

Dossiernummer : Naam + voornaam patiënt :
Polisnummer : Straat :
Woonplaats :
Naam + voornaam reiziger :
Straat :
Woonplaats :

Met betrekking tot de reiziger :

1. Datum sedert wanneer de ongeschiktheid tot reizen bestond of bestaat : / /
2. Reden van annulatie : Ziekte Ongeval

Met betrekking tot de patiënt :

3. Nauwkeurige omschrijving van de diagnose die de reden van annulatie is :
.....
 - Uitgevoerde onderzoeken :
 - Aard van de verzorging :
 - Aard van de medicatie :
 - Duur en frequentie :
 - Datum waarop patiënt het allereerst zorgen aanvroeg voor deze aandoening : / /
 - Datum laatste consultatie : / /
4. Dienen de activiteiten stilgelegd te worden ?
 Neen Ja : vanaf / / tot en met / /
5. Diende patiënt gehospitaliseerd te worden ?
 Neen Ja : vanaf / / tot en met / /
6. Was patiënt in het verleden reeds in behandeling voor de aandoening die nu de oorzaak is van de annulering ?
 Neen Ja : sinds / /
Zo ja, was de aandoening gestabiliseerd, en sedert wanneer ?
 Neen Ja : sinds / /
Is hier sprake van een recidief of een complicatie ?
 Neen Ja : vanaf / / tot en met / /
7. Antecedenten
 - Medisch :
 - Chirurgisch :
8. In geval van zwangerschap : normale bevallingsdatum : / /
9. Specifieke mededelingen :

Datum : / /

Stempel :

Handtekening :