



## Terugbetaling (cf. voorwaarden van de polis)

---

### Uw bankrekeningnummer voor uitbetaling van het schadegeval

IBAN

BIC

Naam en adres van de bank: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**De verwerking van uw dossier is enkel mogelijk na ontvangst van een ingevuld schadeangifteformulier, de originele rekeningen (facturen/kassatickets) alsook de kopie(s) van de boekhoudkundige bewijsstukken (rekeninguittreksel van de Kaart). Het ingevulde formulier moet, samen met de aanvullende documenten, zo snel mogelijk en ten laatste binnen een termijn van 20 kalenderdagen na het Schadegeval worden doorgestuurd naar Europ Assistance Belgium, Claims, Kantersteen 47, 1000 Brussel, e-mail: [claims@europ-assistance.be](mailto:claims@europ-assistance.be)**

## Informatie met betrekking tot de reis

---

Aard van de reis :  Privé  Professioneel

Aantal reizigers + relatie met de  
Kaarthouder: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vertrek op op  /  /  vanuit \_\_\_\_\_  
naar  
bestemming \_\_\_\_\_

Terug op  /  /  vanuit \_\_\_\_\_  
naar  
bestemming \_\_\_\_\_

Datum van reservatie van de  
reis :  /  /

Datum van annulatie van de  
reis:  /  /

Totale prijs van de reis \_\_\_\_\_

Totaal bedrag van de  
annulatiekosten: \_\_\_\_\_

Motief van annulatie/  
onderbreking:  Overlijden, ziekte of ongeval van Verzekerde of familielid  
 Belangrijke schade aan onroerende goederen in verblijfplaats of werkplaats  
 Diefstal of verlies van identiteitsbewijzen

Datum van het schadegeval :  /  /

Plaats en omstandigheden van  
het schadegeval : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In geval van annulatie/ onderbreking ten gevolge van een ziekte of een ongeval, zal het medisch attest moeten worden ingevuld door de behandelende arts nadat het eerste deel van dit document werd ingevuld door de Verzekerde. Voor de uitvoering van het verzekeringscontract, schadebeheer, klachtenbeheer en mogelijke geschillenbeslechting, verwerkt Europ Assistance Belgium uw gezondheidsgegevens. Deze gegevens kunnen alleen met uw toestemming worden verwerkt. Als deze niet beschikbaar is, dan kan de behoorlijke uitvoering van het contract worden verhinderd.

Ik,..... (naam, voornaam) geef hierbij mijn uitdrukkelijke toestemming aan Europ Assistance Belgium om mijn gezondheidsgegevens te verwerken (of die van de minderjarige ..... (naam, voornaam) van wie ik de wettelijke vertegenwoordiger ben) zonder tussenkomst van de beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg voor de uitvoering van het verzekeringscontract, schadebeheer, klachtenbeheer en mogelijke geschillenbeslechting.

Datum en handtekening:

---

## Bewijsdocumenten

---

### **Bij te voegen documenten:**

- Bewijs van betaling van de gewaarborgde prestaties met de Beobank kredietkaart (kopie rekeninguittreksel of factuur/ kassaticket )
- Originele documenten die de gewaarborgde prestaties materialiseren: vervoerbewijzen (vliegtickets, treintickets, ...), huurcontracten (van voertuig, verblijf, ...)
- Onze medische vragenlijst en elk administratief document (akte van overlijden, proces-verbaal van de politie, politie- of brandweerrapport, expertiseverslag van de verzekeringsmaatschappij, ...), waaruit de geleden schade blijkt.
- Indiening van klacht in geval van diefstal in het kader van Belangrijke materiële schade
- Het inschrijvingsbewijs van de Gewaarborgde reis en de algemene verkoopsvoorwaarden van de dienstverlener voor de annulatie en de gedetailleerde factuur voor de kosten die vooraf betaald werden met de BeoBank kredietkaart
- De originele niet gebruikte vervoerbewijzen
- in geval van vervroegde terugkeer, de documenten ter staving van uw terugkeer, alsmede de bewijsstukken betreffende uw uitgaven
- De factuur met betrekking tot de weerhouden annulatiekosten door de dienstverlener of het bewijsstuk van niet terugbetaling
- Een officieel document dat het verwantschap bewijst met de persoon die aan de oorzaak van de annulatie ligt

## Aangifte Van De Verzekerde

---

**De ondergetekende verklaart dat bovenvermelde informatie volledig, correct en uitsluitend verbonden is aan de schade en dat de onkosten niet werden aangegeven bij een andere maatschappij. De ondertekening van huidig document geeft toestemming aan de maatschappij om de kosten terug te vorderen bij een verantwoordelijke derde partij.**

**Datum + handtekening van de Verzekerde**

  

---

## Medisch attest (moet ingevuld zijn door de behandelende arts)

---

Hoe lang word de verzekerde patiënt reeds door u gevolgd?

---

Diagnose met CIM(Coverage Issues Manual) code

---

Wanneer werd de diagnose uitgevoerd?

/   /

Is de gezondheidstoestand van de patiënt verslecht?

Ja  Neen

Indien ja, wanneer?

/   /

Zou u ons de voorwaarden van behandeling van de patiënt (medische consulten, medische onderzoeken, eventuele opvolging door specialisten) kunnen doorsturen, en ons melden of hij een hospitalisatieverzekering heeft met dekking ambulante zorg met betrekking tot de bovenvermelde ziektes, in het bijzonder voor de reservatie van de reis en de onderschrijving van de verzekering (cfr 1ste deel – informatie met betrekking tot de reis).

---

---

---

Heeft de patiënt aan deze pathologie, of een gelijkwaardige pathologie geleid gedurende de twee voorafgaande jaren

Ja  Neen

Welke medicatie werd er voorgeschreven en op welke datum?

---

---

---

Hebt u de patiënt gewaarschuwd dat hij niet mocht reizen?

Ja  Neen

Indien ja, wanneer?

/   /

**Datum + handtekening en stempel van de dokter**

---