

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 schadeaangifteformulier, 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

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:

Overlijden, ziekte of ongeval van Verzekerde of familielid

Datum van het schadegeval :

 / /

Plaats en omstandigheden van
het schadegeval :

In geval van annulatie 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, politie- of brandweerrapport, ...), waaruit de geleden schade blijkt.
- Het inschrijvingsbewijs van de Gewaarborgde reis en de algemene verkoopsvoorwaarden van de dienstverlener voor de annulatie en de getailleerde factuur voor de kosten die vooraf betaald werden met de Beobank kredietkaart
- De originele niet gebruikte vervoerbewijzen
- 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
