

ZIEKTE/ONGEVAL

AANGIFTE MEDISCHE ZORGEN

(GELIEVE HOOFDLETTERS TE GEBRUIKEN)

Ref.: _____

Polis nummer: _____

INFORMATIE AANGAANDE DE VERZEKERDE

Voornaam _____ Naam _____

Adres _____

Postcode _____ Gemeente _____ Land _____

Geboortedatum _____ Geslacht M V Email _____

Tel _____ GSM _____ Fax _____

IN GEVAL VAN ZIEKTE/LETSEL

Omschrijf de omstandigheden (datum, tijdstip, plaats, oorzaak) _____

Eerste symptomen _____

Had u eerder al last van deze klachten? Neen Ja, wanneer (laatste maal) _____

Wanneer/waar vond u eerste medische hulp _____

Gelieve medisch rapport met een diagnose bij te sluiten

Naam van dokter, hospitaal, apotheker...	Factuur Nr.	Munteenheid	Bedrag	Reeds betaald? Ja/Nee

Gelieve alle medische informatie bij te sluiten, samen met de originele facturen en betalingsbewijzen. De facturen dienen gedetailleerd te zijn per behandelingscode en voorzien te zijn van datum van behandeling.

Naam van de huisarts _____

Adres _____

Postcode _____ Gemeente _____ Land _____

Tel _____ GSM _____ Fax _____

 **Bezint eer je print. Druk deze pagina niet af indien niet van toepassing.**

IN GEVAL VAN HOSPITALISATIE

Datum opname _____ Datum terug naar huis _____

Naam van het **hospitaal** _____

Naam **behandelend arts** _____

Adres _____

Postcode _____ Gemeente _____ LAnd _____

Tel _____ GSM _____ Fax _____

Gelieve alle medische informatie bij te sluiten, samen met de originele facturen en betalingsbewijzen. De facturen dienen gedetailleerd te zijn per behandelingscode en voorzien te zijn van datum van behandeling.

INFORMATIE AANGAANDE ANDERE VERZEKERINGEN OF SOCIALE ZEKERHEID

Heeft u nog een gelijkaardige dekking bij een andere verzekeringsmaatschappij of sociale zekerheidsinstelling (Mutualiteit)? Neen

Ja, naam van de instelling _____ Polis of Soc. Zek. N° _____

Adres _____

Postcode _____ Gemeente _____ Land _____

Werd aangifte gedaan bij deze Maatschappij/Instelling? Neen, want _____

Ja. Sluit kopie van de vergoedingskwitantie bij.

IN GEVAL VAN ONGEVAL

Omschrijf de gebeurtenis _____

Gelieve politierapport bij te sluiten, evenals schets van hoe het ongeval gebeurde

Naam van eventuele **getuigen** _____

Adres _____

Postcode _____ Gemeente _____ Land _____

Tel _____ GSM _____ Fax _____

Naam van eventuele **tegenpartij** _____

Adress _____

Postcode _____ Gemeente _____ Land _____

Tel _____ Mobile _____ Fax _____

Zijn verzekeringsmaatsch. _____ Land _____ Polisnummer _____

METHODE VAN TERUGBETALING

Gelieve vergoeding te betalen aan Verzekeringnemer Verzekerde pers. Andere, _____

Gelieve over te schrijven op rekening in _____ (land)

Naam van de bank _____

Adres _____

IBAN _____ BIC/SWIFT Code _____

Rekening N° _____ Rekening houder _____

OPMERKINGEN

DIENT TE WORDEN ONDERTEKEND DOOR DE VERZEKERDE

Ik, ondergetekende verklaar **dat alle in deze aangifte opgegeven informatie juist en overeenkomstig de waarheid werd verstrekt, en dat niets werd verzwegen of foutief voorgesteld. Ik ben me ervan bewust dat elke valse verklaring of bewust foutieve voorstelling aanleiding kan geven tot correctionele vervolging van mijn persoon.** Ik machtig Expat & Co, de verzekerings-maatschappij en haar raadsheren/dokters om alle informatie op te vragen bij dokters, medische instellingen en verzekeringsmaatschappijen betreffende mezelf en medeverzekerde personen om dit schadegeval te kunnen afhandelen conform de polisvoorwaarden.

Ik machtig hierbij Expat & Co en de verzekeringsmaatschappij om schadevergoedingen die werden vooruitbetaald terug te vorderen bij andere verzekerings- of sociale zekerheidsinstellingen indien deze recht geven op enige vergoeding voor dit schadedossier.

Ik aanvaard hierbij dat Expat & Co en de verzekeringsmaatschappij mijn persoonsgegevens verzamelen en bewaren in het kader van premiebetaling, schadeafhandeling, uitkeringen e.d. In geval van weigering van uitbetaling van een schadedossier mogen de gegevens toch worden opgenomen. Verder aanvaard ik dat briefwisseling omtrent dit schadedossier kan verstuurd worden aan de persoon geregistreerd als verzekeringnemer, op voorwaarde dat het geen medische of persoonlijk gevoelige informatie bevat. Expat & Co of de verzekeringsmaatschappij heeft het recht de gegevens te verwerken binnen of buiten de EU.

Datum _____ Handtekening _____