

TOURING NO STOP

Aangifte schadegeval

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> No Stop* Tempo | <input type="checkbox"/> No Stop* Full | <input type="checkbox"/> No Stop* Relax |
| <input type="checkbox"/> Wijziging | <input type="checkbox"/> Annulering | <input type="checkbox"/> (Reis)terugbetaling |

NR. VAN DE POLIS NO STOP* : Inwerkingtreding van uw polis NO STOP* :/...../.....

VERZEKERINGSNEMER:

Naam: Voornaam: Geboortedatum:/...../.....
Adres: Postcode + Gemeente:
Telefoon: / Burgerlijke staat: Beroep:
Eventuele compensaties te betalen aan:
Bankrekeningnummer:

Reisdata: van/...../..... tot/...../..... Bestemming:
Prijs van de reis per pers.: Totaalprijs: Betaald(e) voorschot(ten):

ORGANISATIE(S) WAARBIJ U UW REIS RESERVEERDE:

| | Reservatiedatum | Annuleringsdatum |
|---------|-------------------|-------------------|
| 1. |/...../..... |/...../..... |
| 2. |/...../..... |/...../..... |

PERSOON DIE DE OORZAAK IS VAN DE ANNULATIE (alleen invullen indien het niet de verzekeringnemer betreft):

Naam: Voornaam: Geboortedatum:/...../.....
Adres: Postcode + Gemeente:
Telefoon:/..... Verwantschap met de verzekeringnemer:

AANTAL PERSONEN DIE HUN REIS ANNULEREN:

Namen en voornamen: 1. 4.
2. 5.
3. 6.

REDEN VAN DE ANNULATIE OF REISONDERBREKING:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ziekte | <input type="checkbox"/> voorafbestaande ziekte | <input type="checkbox"/> ongeval | <input type="checkbox"/> oproep |
| <input type="checkbox"/> overlijden | <input type="checkbox"/> ontslag/nieuw contract | <input type="checkbox"/> intrekking verlof | <input type="checkbox"/> 2 ^{de} zit |
| <input type="checkbox"/> schade aan woonst | <input type="checkbox"/> schade aan voertuig | <input type="checkbox"/> annulering door reisgezel | <input type="checkbox"/> visum/inenting |
| <input type="checkbox"/> scheiding | <input type="checkbox"/> andere: | | |

DOCUMENTEN DIE DE AANGIFTE DIENEN TE VERGEZELLEN (zie ook details in onze algemene voorwaarden):

- alle documenten die uw annulering bewijzen;
- kopie van de reservatie / bevestiging van de reis (verblijf(f)(ven), transportmiddel(en) of reisbiljet(ten));
- kopie van de oorspronkelijke factu(u)r(en), van de creditnota en van de factuur van de annulering;
- kopie van de betalingsbewijzen.

Ondergetekende verklaart bovenstaande vragen correct te hebben beantwoord.

Handtekening van de verzekeringnemer:

Datum:/...../.....

Indien u hulp wenst bij het invullen van dit document, gelieve onze Back Office te contacteren op 02 233 22 49.

IN TE VULLEN DOOR DE ARTS IN GEVAL VAN ANNULERING WEGENS ZIEKTE OF ONGEVAL:

Overeenkomstig de algemene voorwaarden van de annuleringsverzekering, dient de verzekeringsnemer zijn dokter te ontslaan van het medisch geheim of alle nodige schikkingen te treffen opdat de behandelende geneesheer van de persoon wiens ernstige ziekte of ongeval aanleiding heeft gegeven tot de annulering, ontheven wordt van het medisch geheim.

NAAM VAN DE PATIËNT:

Brengt de verslechtering van zijn/haar gezondheidstoestand de onmogelijkheid met zich mee om te reizen, voor zichzelf of voor de verzekeringsnemer(s)? neen ja, onmogelijk van/...../..... tot/...../.....

DOORZAAK: ZIEKTE ONGEVAL

Datum aanvang ziekte/ongeval:/...../.....

Datum van het eerste bezoek of raadpleging:/...../.....

De onmogelijkheid om te reizen bestaat sinds:/...../..... tot/...../.....

Verlaten van de woonst toegelaten ja neen, van/...../..... tot/...../.....

GEDETAILLEERDE BESCHRIJVING VAN DE SYMPTOMEN OF VAN DE OMSTANDIGHEDEN VAN HET VOORVAL (precieze diagnose):

.....
.....
.....

Lopende behandelingen, medicatie, kinesessies: Dosis

..... van/...../..... tot/...../.....

..... van/...../..... tot/...../.....

..... van/...../..... tot/...../.....

Uitgevoerd onderzoek: datum:/...../.....

Diende de patiënt gehospitaliseerd te worden? neen ja, van/...../..... tot/...../.....

Plaats van hospitalisatie: Afdeling:.....

Gaat het om hervat, verergering of complicatie van een vroeger bestaande pathologie? ja neen

Datum van het laatste voorval:/...../.....

Lopende behandeling:.....

Was de pathologie gestabiliseerd?

neen ja, sinds:/...../.....

IN GEVAL VAN COMPLICATIES TIJDENS DE ZWANGERSCHAP:

Datum van de laatste maandstonden:/...../..... Bevalling voorzien op:/...../.....

Datum van de eerste complicatie:/...../.....

Aard van de complicatie:

Behandeling:

PSYCHISCHE, GEESTES- OF ZENUWZIEKTEN:

Hospitalisatie: neen ja, van/...../..... tot/...../.....

Huidige behandeling:

Vorige behandeling (sinds: / /):

Datum van de eerste vertoning van de symptomen:/...../.....

Stempel van de geneesheer + datum

Dit document mag onder gesloten omslag verstuurd worden t.a.v. de Customer Service – Dienst Claims, Koning Albert II laan 4, bus 12 te 1000 Brussel.