

# Schade-aangifteformulier

Ongeval  Ziekte 

Relatienr.	<input type="text"/>	niet invullen s.v.p.
Dossiernr.	<input type="text"/>	niet invullen s.v.p.

**Tips voor invullen!** Formulier volledig (ook achterzijde) en in blokletters invullen. Vergeet niet uw bankrekeningnummer in te vullen. Altijd (kopie) verzekeringsbewijs meesturen. Dit kan ook de boekingsnota zijn waarop de verzekeringsgegevens staan vermeld. Indien er onvoldoende ruimte op het formulier aanwezig is, voegt u dan apart de benodigde toelichting toe.

## Gegevens verzekerde

Naam en voorletters	<input type="text"/>	m/v	E-mail	<input type="text"/>			
Adres	<input type="text"/>		IBAN/Rekeningnr.	<input type="text"/>			
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>	Ten name van	<input type="text"/>		
Telefoon overdag	<input type="text"/>		Nationaliteit	<input type="text"/>			
Telefoon 's avonds	<input type="text"/>		Geboortedatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(dag - maand - jaar)

## Vragen en antwoorden

<b>1</b> Door welk kantoor werd het verzekeringsbewijs afgegeven?	Naam	<input type="text"/>			
	Adres	<input type="text"/>			
	Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>	
<b>2 A</b> Wat is het nummer van uw verzekeringsbewijs? (Origineel of kopie polis mee zenden)	Nummer	<input type="text"/>			
<b>B</b> Datum van vertrek	Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(dag - maand - jaar)
<b>C</b> Duur van de reis	Aantal dagen	<input type="text"/>			
<b>3</b> Op welke datum vond voor het eerst geneeskundige behandeling plaats?	Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(dag - maand - jaar)
<b>4</b> Door welke arts werd de eerste geneeskundige hulp verleend?	Naam en voorl.	<input type="text"/>			
	Plaats	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>	
<b>5</b> Bent u op dit moment nog onder geneeskundige behandeling? (Zo ja, naam en plaats arts invullen)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee			
	Naam en voorl.	<input type="text"/>	(arts)		
	Plaats	<input type="text"/>			
<b>6</b> Naam en plaats van uw huisarts	Naam en voorl.	<input type="text"/>			
	Plaats	<input type="text"/>			
<b>7 A</b> Wie is uw zorgverzekeraar? (Een kopie van de polis dient u altijd mee te zenden)	Naam	<input type="text"/>			
	Adres	<input type="text"/>			
	Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>	
	Polisnummer	<input type="text"/>			
<b>B</b> Eigen risico	Bedrag	€	<input type="text"/>		
<b>8 A</b> Is er contact geweest met de alarmcentrale van Allianz Global Assistance?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee			
	Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(dag - maand - jaar)
<b>B</b> Welk dossiernummer heeft u bij de alarmcentrale?	Dossiernummer	<input type="text"/>			

### Wilt u uw schade liever digitaal indienen?

Vul direct het online schadeformulier in via [www.allianz-assistance.nl/schade-melden/on-line](http://www.allianz-assistance.nl/schade-melden/on-line). Uw schade krijgt dan binnen 5 werkdagen een eerste beoordeling.



9 A Heeft u reeds eerder een schade geclaimd op een reisverzekering?  Ja  Nee

(Zo ja, bij welke maatschappij en wanneer?)

Maatschappij

Datum

Dossiernummer

B Wat was uw dossiernummer bij deze maatschappij?

### Schade i.v.m. een ongeval

10 A Op welke datum en welk uur vond het ongeval plaats?

Datum

Tijd

Plaats

(dag - maand - jaar)

(uren - minuten)

Land

B In welk(e) plaats/land gebeurde het ongeval en op welke plek?

11 A Door welke oorzaak gebeurde het ongeval en onder welke omstandigheden vond het plaats?

B Tijdens welke bezigheden vond het ongeval plaats? (Indien het ongeval tijdens sportbeoefening heeft plaatsgevonden nauwkeurig aangeven bij welke sport dit het geval was)

12 Is een derde, naar uw mening, schuldig aan het ongeval? (Zo ja, vul dan de NAW-gegevens in)  Ja  Nee

Naam

Plaats

Adres

Land

13 Welk letsel is door het ongeval ontstaan? (Nauwkeurig beantwoorden)

14 Is volgens de huidige behandelend arts kans op blijvende invaliditeit aanwezig?  Ja  Nee

### Schade i.v.m. ziekte

15 Op welke datum werd u ziek?

Datum

16 Aard van de ziekte

17 Leed u reeds eerder aan deze ziekte?  Ja  Nee

Zo ja, heeft u vóór aanvang van de reis voor deze ziekte een arts geraadpleegd?  Ja  Nee

En op welke datum?

Datum

(dag - maand - jaar)

18 Was u op het moment van de ingangsdatum van de verzekering onder geneeskundige behandeling?  Ja  Nee

**In te vullen zowel bij ongeval als ziekte** (Originale nota's bijvoegen en aangeven of deze al dan niet door u betaald zijn)

Omschrijving	€	Bedrag	Betaald
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

De op dit schadeformulier ingevulde en eventueel nog nader aan te leveren (persoons)gegevens kunnen worden opgenomen in de verzekerden-administratie van Allianz Global Assistance en in een centraal informatiesysteem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Voor vragen en voor het privacyreglement dat op deze registraties van toepassing is, kunt u contact opnemen met Allianz Global Assistance.

Ondergetekende verklaart: • Bovenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en naar waarheid te hebben beantwoord en uitgelegd. • Geen bijzonderheden over deze schade te hebben verzwegen. • Hierbij (voor zover nodig) toestemming te geven aan de medische adviseur(s) van de alarmcentrale, om de informatie die nodig is beschikbaar te stellen aan de medische adviseur(s) van Allianz Global Assistance, over de reden en achtergrond van medische behandeling, ziekenhuisopname en/of vervoer naar Nederland • Het schadeformulier en de eventueel nog nader aan te leveren (persoons)gegevens aan Allianz Global Assistance te verstrekken, zodat vastgesteld kan worden wat de omvang van de schade is en op welke vergoeding aanspraak kan worden gemaakt. • Van de inhoud van dit schadeformulier kennis te hebben genomen. • Bekend te zijn met de voorwaarde dat bij onjuiste/onware opgave van gegevens en informatie elk recht op vergoeding vervalt. Door dit formulier te ondertekenen, draagt u de rechten op een vergoeding van een andere verzekeraar over aan Allianz Global Assistance.

Datum

Handtekening