



Polis- en certificaat nummer: _____ Schadedatum: ____ / ____ / ____

VERZEKERINGSNEMER

Naam en voornaam: _____

Adres: _____

Telefoon privé/werk: _____

E-Mail: _____

Is er een gelijkaardige dekking bij een andere maatschappij? Nee Ja, maatschappij: _____
polisnummer: _____

Werd de schade ook bij deze maatschappij ingediend? Nee Ja

VERZEKERDE

Naam en voornaam: _____

Geboortedatum: ____ / ____ / ____ Identificatie nummer Rijksregister: . . - .

Adres: _____

Telefoon privé/werk: _____ E-Mail: _____

OMSTANDIGHEDEN

Motorongeval? Nee Ja - cylinderinhoud _____ cc - Sportongeval? Nee Ja, welke? _____

Omstandigheden: _____

TERUGBETALING (cf. polisvoorwaarden)

Verzekeringsnemer Verzekerde Andere: omschrijving _____

Nummer bankrekening

IBAN nummer: _____ - _____ - _____ BIC: _____

Tussenpersoon / makelaar: _____

Ondergetekende verklaart de vragen naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen.

Datum: ____ / ____ / ____

Handtekening: _____



Polis- en certificaat nummer: _____ Schadedatum: ____ / ____ / ____

Persoonsgegevens

Persoonsgegevens (hierna « Gegevens »), die aan AIG Europe Limited, Belgisch bijkantoor (hierna « AIG ») worden meegegeven, worden verwerkt in overeenstemming met de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Deze Gegevens zullen worden gebruikt met het oog op het beheer en het gebruik van de diensten van AIG, waaronder de uitvoering van contracten, evalueren van risico's, het beheer van schadedossiers en het voorkomen van misdrijven zoals fraude, alsook teneinde AIG toe te laten aan al zijn wettelijke verplichtingen te voldoen. Met oog op het verwezenlijken van deze doeleinden en voor de goede dienstverlening, kan AIG de Gegevens meedelen aan andere vennootschappen van de groep waartoe zij behoort, alsook aan onderaannemers of partners. Deze vennootschappen, onderaannemers of partners kunnen zijn gevestigd in landen buiten de Europese Economische Ruimte die niet noodzakelijk hetzelfde beschermingsniveau bieden als België. AIG zal voorzorgsmaatregelen nemen om de veiligheid van de Gegevens te verzekeren.

Behoudens verzet van betrokkene, kunnen de Gegevens worden gebruikt voor direct marketingdoeleinden. Overeenkomstig de wet beschikt de betrokkene over het recht op toegang, wijziging of (in geval van legitieme redenen) verzet met betrekking tot de verwerking van Gegevens. Om gebruik te maken van deze rechten, kan de betrokkene AIG schriftelijk contacteren op het adres Pleinlaan 11, 1050 Brussel.

Betrokkene geeft hierbij, voor zoveel als nodig, toestemming voor de overdracht en verwerking van de Gegevens als hierboven beschreven, in het bijzonder voor gegevens betreffende zijn gezondheid. De volledige lijst en meer algemeen het volledige Privacy beleid van de Verzekeraar vindt U op www.aig.be/be-privacy-policy.

Datum: ____ / ____ / ____

Handtekening van de verzekerde: _____

IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND GENEESHEER

De Dokters worden vriendelijk verzocht geen enkele vraag onbeantwoord te laten.

Vertrouwelijke mededelingen kunnen onder gesloten omslag "medisch geheim" bijgevoegd worden.

RUBRIEK STEEDS IN TE VULLEN

Naam en voornaam van de patient: _____

Wanneer werd u bij de patient geroepen: _____

Zijn er medische antecedenten in relatie met het ongeval / deze ziekte? Nee Ja, welke: _____

Aard van de verzorging: _____

Aard van de medicatie: _____

Duur en frekwentie van verzorging en medicatie: _____

RUBRIEK ALLEEN IN TE VULLEN BIJ ONGEVAL

Plaats, datum en tijdstip van het gebeuren: _____

Aard en uitgebreidheid van de letsels: _____

Exacte en volledige diagnose: _____

Is het ongeval de directe en enige oorzaak van het letsel? Ja Nee, andere oorzaak: _____

RUBRIEK ALLEEN IN TE VULLEN BIJ ZIEKTE

Nauwkeurige omschrijving van de aandoening: _____

Heeft u bij de patiënt een andere ziekte of lichamelijk gebrek vastgesteld? Nee Ja, welke: _____

Datum van de eerste symptomen: ____ / ____ / ____

Vermoedelijke datum van genezing: ____ / ____ / ____

Datum: ____ / ____ / ____

Handtekening van de geneesheer: _____



Polis- en certificaat nummer: _____ Schadedatum: ____ / ____ / ____

OVERZICHT

	Volgnummer bijlage + omschrijving	Datum	Munt	Bedrag	Wisselkoers	€
1	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____	_____	_____	_____
11	_____	_____	_____	_____	_____	_____
12	_____	_____	_____	_____	_____	_____
13	_____	_____	_____	_____	_____	_____
14	_____	_____	_____	_____	_____	_____
15	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Bewijsstukken nummeren en bijvoegen aub	Subtotaal	_____
Tussenkost ziekenfonds / andere verzekering ...	Minus	_____
	Totaal	_____

Ondergetekende verklaart dat hogervermeld overzicht volledig en juist is, enkel en alleen betrekking heeft op de schade en dat de kosten niet bij een andere maatschappij werden ingediend.

Ondergetekende geeft hierbij de toelating om de schade te verhalen op een aansprakelijke derde.

Datum: ____ / ____ / ____

Handtekening: _____



contact.be@aig.com

4/ 4

Tel. +32 2 739 96 20 | Fax +32 2 739 91 03



Polis- en certificaat nummer: _____ Schadedatum: ____ / ____ / ____

Persoonsgegevens

Persoonsgegevens (hierna « Gegevens »), die aan AIG Europe Limited, Belgisch bijkantoor (hierna « AIG ») worden meegegeed, worden verwerkt in overeenstemming met de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Deze Gegevens zullen worden gebruikt met het oog op het beheer en het gebruik van de diensten van AIG, waaronder de uitvoering van contracten, evalueren van risico's, het beheer van schadedossiers en het voorkomen van misdrijven zoals fraude, alsook teneinde AIG toe te laten aan al zijn wettelijke verplichtingen te voldoen. Met oog op het verwezenlijken van deze doeleinden en voor de goede dienstverlening, kan AIG de Gegevens meedelen aan andere vennootschappen van de groep waartoe zij behoort, alsook aan onderaannemers of partners. Deze vennootschappen, onderaannemers of partners kunnen zijn gevestigd in landen buiten de Europese Economische Ruimte die niet noodzakelijk hetzelfde beschermingsniveau bieden als België. AIG zal voorzorgsmaatregelen nemen om de veiligheid van de Gegevens te verzekeren. Behoudens verzet van betrokkene, kunnen de Gegevens worden gebruikt voor direct marketingdoeleinden. Overeenkomstig de wet beschikt de betrokkene over het recht op toegang, wijziging of (in geval van legitieme redenen) verzet met betrekking tot de verwerking van Gegevens. Om gebruik te maken van deze rechten, kan de betrokkene AIG schriftelijk contacteren op het adres Pleinlaan 11, 1050 Brussel. Betrokkene geeft hierbij, voor zoveel als nodig, toestemming voor de overdracht en verwerking van de Gegevens als hierboven beschreven, in het bijzonder voor gegevens betreffende zijn gezondheid. De volledige lijst en meer algemeen het volledige Privacy beleid van de Verzekeraar vindt U op www.aig.be/be-privacy-policy.

Datum: ____ / ____ / ____ Handtekening van de verzekerde: _____

IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELENDE GENEESHEER

De Dokters worden vriendelijk verzocht geen enkele vraag onbeantwoord te laten. Vertrouwelijke mededelingen kunnen onder gesloten omslag "medisch geheim" bijgevoegd worden.

RUBRIEK STEEDS IN TE VULLEN

Naam en voornaam van de patiënt: _____
Adres van de patiënt: _____
Geboortedatum van de patiënt: ____ / ____ / ____ Schadedatum: ____ / ____ / ____
Onderzoek van: _____

VOORSTEL VAN (ARBEIDS)ONGESCHIKTHEID

____ % van ____ / ____ / ____ tot en met ____ / ____ / ____ ____ % van ____ / ____ / ____ tot en met ____ / ____ / ____
____ % van ____ / ____ / ____ tot en met ____ / ____ / ____ ____ % van ____ / ____ / ____ tot en met ____ / ____ / ____

Vermoedelijke totale duur van de (arbeids)ongeschiktheid: _____
Waarschijnlijke datum van genezing en/of volledige werkherhvatting: ____ / ____ / ____

VERKLARING VAN MOGELIJKHEID TOT WERKHERVATTING

Ondergetekende verklaart dat vermelde patiënt de normale werkzaamheden volledig kan hervatten op datum van: ____ / ____ / ____

VERKLARING VAN GENEZING ZONDER RESTLETSELS

Ondergetekende verklaart dat vermelde patiënt volledig genezen is zonder restletsels op datum van: ____ / ____ / ____

VOORSTEL VAN CONSOLIDATIE VAN DE RESTLETSELS

Ondergetekende verklaart dat de toestand van vermelde patiënt kan geconsolideerd worden op datum van: ____ / ____ / ____
met een voorstel van ____ % op basis van de O.B.S.I. artikel(s): _____
ingevolge volgend(e) restletsel(s) (omschrijf): _____

Datum: ____ / ____ / ____ Handtekening van de geneesheer: _____