



## 1. Administratieve informatie : in te vullen door de aanvrager

### Informatie betreffende de houder van de Carrefour VISA kaart

Mevrouw  Mijnheer

Naam (in hoofdletters) :

E-mail :

Voornaam :

Geboortedatum :

Rekeningnummer :

Straat + nr :

Bus :

Postcode :

Gemeente :

Telefoonnr :

### Informatie betreffende de verzekerde

Mevrouw  Mijnheer

Naam (in hoofdletters) :

Voornaam :

Geboortedatum :

Straat + nr :

Bus :

Postcode :

Gemeente :

Verwantschap met de houder van de VISA Carrefour kaart :

echtgeno(o)t(e)

wettelijk samenwonende partner

ouder

kind

anders :

### Informatie betreffende de Carrefour VISA kaart

Type kaart :

BASIC

CLASSIC

GOLD

Naam en voornaam van de houder van de VISA kaart :

Nummer van de VISA kaart / identificatienummer klant :

### Informatie betreffende de reis

Bestemming van de reis :

Datum heenreis :

Datum terugreis :

### Toestemming en verklaring

De ondergetekende verklaart dat hij dit schadeaangifteformulier naar waarheid heeft ingevuld en is zich ervan bewust dat verzwijging van gegevens of onjuiste of onvolledige opgave de verzekeraar van haar verplichtingen kan ontslaan conform de van toepassing zijnde algemene verzekeringsvoorwaarden.

De ondergetekende verklaart dat de verstrekte inlichtingen correct zijn en aanvaardt het verlies van alle rechten in geval van valse verklaring.

De persoonsgegevens die u met ons deelt worden verwerkt door BNP Paribas Cardif. Ze worden uitsluitend gebruikt voor het beheer van verzekeringsproducten, de klantendienst, de promotie van nieuwe producten, het aanvaarden van risico's, het beheer van contracten, premies en schadegevallen en de preventie van en strijd tegen alle vormen van fraude. In overeenstemming met de Europese verordening voor gegevensbescherming, hebt u rechten met betrekking tot uw persoonsgegevens. Die rechten en verdere informatie vindt u in onze 'Nota inzake gegevensbescherming' op onze website [www.bnpparibascardif.be](http://www.bnpparibascardif.be).

Datum en handtekening van de aanvrager



## 2. Medische informatie: in te vullen door de huisarts van de verzekerde of de arts die de blijvende invaliditeit heeft vastgesteld.

Naam van het arts :

Straat + nr :

Bus :

Postcode :

Gemeente :

Telefoonnr :

Beschrijving van het lichamelijk letsel :

Oorzaak van de blijvende invaliditeit (medisch verslag bijvoegen) :

- Ongeval (gelieve te verduidelijken) : \_\_\_\_\_
- Andere (gelieve te verduidelijken) : \_\_\_\_\_

Datum begin van de blijvende invaliditeit : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Datum van de eerste consultatie : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Is de toestand van verzekerde geconsolideerd ?

- Neen
- ja, datum van consolidatie : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (attest bijvoegen)

Toegekende graad van fysiologische invaliditeit op basis van de "Officiële Belgische Schaal der Invaliditeiten" : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | %

Datum, handtekening en stempel van de arts :