

Formulier LICHAAMELIJKE SCHADE

VERWONDINGSAANGIFTE

(door de gekwetste in te vullen)

Polisnummer :

IDENTITEIT slachtoffer (eerst familienaam, dan voornaam)

PSI-nr

Schadenummer :

Straatnaam

Huisnummer Busnummer

Datum schade :

Postcode Gemeente

Telefoonnummer

IBAN-nummer

BIC-code

Geboortedatum

Geboorteplaats

Burgerlijke staat

M V

e-mail

Samenstelling van het gezin

ongehuwd

gehuwd

alleenstaand

samenwonend

(feitelijk) gescheiden

weduwe(naar)

Naam/voornaam

geboortedatum

inwonend

ten laste

- echtgeno(o)t(e)/partner

ja neen

ja neen

- kinderen:

ja neen

ja neen

ja neen

ja neen

ja neen

ja neen

ja neen

ja neen

ja neen

ja neen

- ouders:

ja neen

ja neen

ja neen

ja neen

BEROEPSACTIVITEITEN

Activiteit als loon- of weddetrekkende:

Naam en adres van de werkgever:

Beroep

Sinds

Bezoldiging:

Maandloon:

Uurloon:

Maaltijdcheques:

eventuele premies:

werkregime:

aantal uren per week:

Beroep partner:

voltijds

deeltijds:

%

Activiteit als zelfstandige:

Naam firma :

hoofdberoep

bijberoep

Sinds:

Omschrijving van de activiteit:

Aantal werknemers:

Aantal meewerkende gezinsleden:

Heeft u zich laten vervangen?

ja neen

Heeft u een inkomstenverlies geleden?

ja neen

Inkomsten volgens belastingaangifte:

Andere lucratieve activiteiten (uitkeringsgerechtigde, student, gepensioneerde, ...): Omschrijving van de activiteit, en eventuele inkomsten:

AARD VAN HET ONGEVAL

Situatie op moment van het ongeval: bestuurder passagier fietser voetganger

Aard: privé-ongeval arbeidsongeval ongeval op weg van/naar het werk/school

Instanties of verzekeraars die tussenkomst (kunnen) bieden in uw schadegeval:

Mutualiteit (naam+lidnummer):

Arbeidsongevallen (naam+dossiernr):

Schoolverzekeraar (naam+dossiernr):

Hospitalisatieverzekeraar (naam+dossiernr):

Persoonlijke ongevallen (naam+dossiernr):

Verzekeraar Burg. Aansprak.(naam+dossiernr):

Verzekeraar Rechtsbijstand (naam+dossiernr):

Andere:

LICHAMELIJKE SCHADE

Beschrijving van de aard van de verwondingen:

(te staven door een medisch attest)

Duur van de arbeidsongeschiktheid: t/m

Werd u gehospitaliseerd naar aanleiding van het ongeval? ja neen --> Indien ja, waar?

Periode van de hospitalisatie: t/m

Deed u reeds beroep op huishoudelijke hulp vóór het ongeval? ja neen

Indien u t.g.v. de opgelopen kwetsuren beroep doet/dient te doen voor huishoudelijke en/of hulp van derden, gelieve nader te beschrijven:

MATERIËLE SCHADE

Werden door het ongeval uw materiële bezittingen, met uitzondering van uw voertuigschade, beschadigd? ja neen

Zo ja, geef een omschrijving, de aankoopwaarde en de datum van aankoop van de beschadigde goederen + bewijsstukken

(hou de stukken bij voor eventueel nazicht !)

Bescherming van uw persoonsgegevens

Informatie

Belins NV (gekend onder de merk- en handelsnaam "DVV") en, desgevallend, uw verzekeringstussenpersoon verwerken uw persoonsgegevens voor verschillende doeleinden waaronder het sluiten en het uitvoeren van verzekeringscontracten, het naleven van wettelijke verplichtingen, de evaluatie van de klantrelatie, direct marketing en fraudebestrijding. Deze gegevens worden niet langer bewaard dan noodzakelijk voor de verwerking waarvoor ze werden ingezameld.

Uw persoonsgegevens kunnen eveneens in verband met voormelde doeleinden worden meegedeeld aan de met Belins NV verbonden ondernemingen en gespecialiseerde dienstverleners zoals experts, herstellende, herverzekeringsondernemingen en Datassur ESV.

U hebt het recht om uw persoonsgegevens waarover wij beschikken in te zien en ze desgevallend te laten corrigeren of verwijderen. U kunt ook vragen om sommige van deze gegevens over te dragen naar een derde partij of rechtstreeks naar uzelf. Daarenboven kunt u vragen de verwerking te beperken.

Voor de verwerking van persoonsgegevens waarvoor u uw toestemming hebt gegeven, heeft u het recht uw toestemming te allen tijde in te trekken, zonder dat dit afbreuk doet aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking daarvan.

Recht van verzet

U heeft het recht zich te verzetten tegen de verwerking van bepaalde persoonsgegevens en zich op elk moment verzetten tegen het gebruik van uw persoonsgegevens voor direct marketing. Meer informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens, de doeleinden van de verwerking en het uitoefenen van uw rechten vindt u terug in het Privacycharter van DVV. Dit charter is beschikbaar bij uw verzekeringstussenpersoon en kan eveneens geraadpleegd worden op www.dvv.be/privacycharter.

GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT

in te vullen door de behandelende arts

Dossiernummer :

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde,

Naam en adres:

verklaart dat

Naam en voornaam :

Adres :

het slachtoffer geworden is van een ongeval op

(datum) te

(plaats)

GEVOLGEN VAN HET ONGEVAL

- Eerste raadpleging in verband met het ongeval - datum _____ uur: _____
- Beschrijving van de aard van de blessures:

- Zijn de letsels van traumatische oorsprong en houden ze verband met het ongeval? ja neen
- Heeft het ongeval een bestaande ziekte/toestand verergerd? ja neen
- Welke behandeling wordt toegepast

Vermoedelijke duur

- Is het slachtoffer in het ziekenhuis opgenomen? ja neen
Zo ja, van _____ tot _____ inbegrepen
- Moet het slachtoffer de kamer houden of te bed blijven? ja neen
Zo ja, van _____ tot _____ inbegrepen
- Het slachtoffer is nog in behandeling
 genezen sinds _____
- Is het slachtoffer tijdelijk onbekwaam om zijn/haar dagelijkse taken uit te oefenen?
(werk, studies, huishoudelijke taken,...)? ja neen
Periodes en percentages van onbekwaamheid:
van _____ tot _____ inbegrepen tegen _____ %
van _____ tot _____ inbegrepen tegen _____ %
van _____ tot _____ inbegrepen tegen _____ %
van _____ tot _____ inbegrepen tegen _____ %
- Zal het slachtoffer volledig herstellen? ja neen
Zo ja, op _____
- Valt een blijvende invaliditeit/ongeschiktheid te verwachten? ja neen

Bijkomende inlichtingen:

Bescherming van uw persoonsgegevens

Informatie

Belins NV (gekend onder de merk- en handelsnaam "DVV") en, desgevallend, uw verzekeringstussenpersoon verwerken uw persoonsgegevens voor verschillende doeleinden waaronder het sluiten en het uitvoeren van verzekeringscontracten, het naleven van wettelijke verplichtingen, de evaluatie van de klantrelatie, direct marketing en fraudebestrijding. Deze gegevens worden niet langer bewaard dan noodzakelijk voor de verwerking waarvoor ze werden ingezameld.

Uw persoonsgegevens kunnen eveneens in verband met voormelde doeleinden worden meegedeeld aan de met Belins NV verbonden ondernemingen en gespecialiseerde dienstverleners zoals experts, herstellende, herverzekeringsondernemingen en Datassur ESV.

U hebt het recht om uw persoonsgegevens waarover wij beschikken in te zien en ze desgevallend te laten corrigeren of verwijderen. U kunt ook vragen om sommige van deze gegevens over te dragen naar een derde partij of rechtstreeks naar uzelf. Daarenboven kunt u vragen de verwerking te beperken.

Voor de verwerking van persoonsgegevens waarvoor u uw toestemming hebt gegeven, heeft u het recht uw toestemming te allen tijde in te trekken, zonder dat dit afbreuk doet aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking daarvan.

Recht van verzet

U heeft het recht zich te verzetten tegen de verwerking van bepaalde persoonsgegevens en zich op elk moment verzetten tegen het gebruik van uw persoonsgegevens voor direct marketing.

Meer informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens, de doeleinden van de verwerking en het uitoefenen van uw rechten vindt u terug in het Privacycharter van DVV. Dit charter is beschikbaar bij uw verzekeringstussenpersoon en kan eveneens geraadpleegd worden op www.dvv.be/privacycharter.

Opgemaakt op

Te

Handtekening en hoedanigheid van de arts

FORMULIER VOLMACHT MEDISCHE GEGEVENS

Dossiernummer :

(door de gekwetste in te vullen)

Ik ondergetekende, (naam,voornaam en adres voluit geschreven)

geef aan de verzekeraar in het kader van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, hierbij mijn uitdrukkelijke toestemming om mijn medische gegevens en medische verslagen over te maken aan derden voor inzage en verwerking. Dit met het oog op een vlot beheer van het dossier in verband met het ongeval van

De aan de hand van dit document verkregen persoonsgegevens worden verwerkt met de volgende doeleinden: het beheer van het in het onderwerp vermelde schadegeval, in het bijzonder de vaststelling en de evaluatie van de lichamelijke schade van de ondergetekende of de persoon die hij vertegenwoordigt; het opsporen van fraude en fraudepreventie; de statistische verwerking ervan.

Alleen voor de bovenvermelde doeleinden kunnen deze gegevens, indien nodig, meegedeeld worden aan andere verzekeringsondernemingen die betrokken zijn bij de vergoeding van de lichamelijke schade van de ondergetekende of de persoon die hij vertegenwoordigt, aan hun vertegenwoordiger in België, hun correspondent in het buitenland, hun herverzekeraars, hun schaderegelingsbureau, een expert, een advocaat, een technisch adviseur, de verzekeringstussenpersoon van de ondergetekende of de persoon die hij vertegenwoordigt en, meer algemeen, aan iedere persoon of entiteit die een verhaal instelt of tegen wie een verhaal ingesteld wordt in verband met de hierboven bedoelde lichamelijke schade.

De ondergetekende stemt in met de verwerking van de gegevens betreffende zijn gezondheid of die van de persoon die hij vertegenwoordigt wanneer die noodzakelijk zijn voor het beheer van het in het onderwerp vermelde schadegeval. De ondergetekende stemt ermee in dat de verwerking van de gegevens betreffende zijn gezondheid of die van de persoon die hij vertegenwoordigt, mag geschieden buiten de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg. De ondergetekende stemt in met een eventueel medisch onderzoek.

Deze gezondheidsgegevens worden met de grootste discretie verwerkt en uitsluitend door hiertoe gemachtigde personencategorieën.

De betrokken personen kunnen kennis nemen van deze gegevens en, zo nodig, ze laten rechtzetten aan de hand van een gedagtekend en ondertekend verzoek vergezeld van een fotokopie recto verso van de identiteitskaart, gericht aan de verzekeraar die hen ondervraagd heeft. Verdere informatie kan eveneens op hetzelfde adres bij deze verzekeraar gekregen worden.

Bescherming van uw persoonsgegevens

Informatie

Belins NV (gekend onder de merk- en handelsnaam "DVV") en, desgevallend, uw verzekeringstussenpersoon verwerken uw persoonsgegevens voor verschillende doeleinden waaronder het sluiten en het uitvoeren van verzekeringscontracten, het naleven van wettelijke verplichtingen, de evaluatie van de klantrelatie, direct marketing en fraudebestrijding. Deze gegevens worden niet langer bewaard dan noodzakelijk voor de verwerking waarvoor ze werden ingezameld.

Uw persoonsgegevens kunnen eveneens in verband met voormelde doeleinden worden meegedeeld aan de met Belins NV verbonden ondernemingen en gespecialiseerde dienstverleners zoals experts, herstellende, herverzekeringsondernemingen en Datassur ES.

U hebt het recht om uw persoonsgegevens waarover wij beschikken in te zien en ze desgevallend te laten corrigeren of verwijderen. U kunt ook vragen om sommige van deze gegevens over te dragen naar een derde partij of rechtstreeks naar uzelf. Daarenboven kunt u vragen de verwerking te beperken.

Voor de verwerking van persoonsgegevens waarvoor u uw toestemming hebt gegeven, heeft u het recht uw toestemming te allen tijde in te trekken, zonder dat dit afbreuk doet aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking daarvan.

Recht van verzet

U heeft het recht zich te verzetten tegen de verwerking van bepaalde persoonsgegevens en zich op elk moment verzetten tegen het gebruik van uw persoonsgegevens voor direct marketing.

Meer informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens, de doeleinden van de verwerking en het uitoefenen van uw rechten vindt u terug in het Privacycharter van DVV. Dit charter is beschikbaar bij uw verzekeringstussenpersoon en kan eveneens geraadpleegd worden op www.dvv.be/privacycharter.

TOESTEMMING

U geeft hierbij toestemming voor de verwerking van gegevens met betrekking tot uw gezondheid wanneer deze gegevens noodzakelijk zijn voor het sluiten en het uitvoeren van het verzekeringscontract. Deze gegevens kunnen enkel worden verwerkt door de raadgevend geneesheer, uw verzekeringstussenpersoon en de medewerkers van DVV voor zover zij belast zijn met één of meer taken die verband houden met voormelde doeleinden en door eventuele derden waarvan de tussenkomst noodzakelijk is bij de uitvoering van voormelde taken. U geeft hierbij toestemming aan de behandelende arts om na uw eventuele overlijden een verklaring over de doodsoorzaak te geven aan de raadgevend geneesheer van DVV.

Opgemaakt te

op

Handtekening

(voorafgegaan door de tekst 'gelezen en goedgekeurd')