

SCHADEAANGIFTE PERSOONLIJKE VERZEKERING

Polisnr.

VERZEKERINGSKANTOOR

Naam	Producentnummer	Referte	Telefoonnummer
------------	-----------------------	---------------	----------------------

VERZEKERINGNEMER

Naam	Voornaam	Beroep	
Straat en nummer	Postnummer	Deelgemeente	Fusiegemeente
Telefoonnummer: privé	kantoor		

Andere contracten die u inroept voor dit ongeval bij Fidea	Polisnummer(s)
Bij een andere maatschappij? Welke?	Polisnummer(s)

INLICHTINGEN NOPENS HET SLACHTOFFER

Naam en voornaam			
Straat en nummer	Postnummer	Deelgemeente	Fusiegemeente
Telefoonnummer - privé	Rek.nr. financiële instelling		
Geboortedatum	Beroep		
Ziekenkas: naam			
adres			
inschrijvingsnr.			

Wanneer het ongeval in het buitenland gebeurde, werd het speciaal formulier ingevuld dat door de ziekenkas vereist is?
☐ ja ☐ neenIs het slachtoffer bij een andere maatschappij verzekerd tegen lichamelijke ongevallen? ☐ ja ☐ neen

Indien ja, naam van de maatschappij en polisnummer:

Het medisch getuigschrift werd afgegeven op aan

INLICHTINGEN BETREFFENDE HET ONGEVAL

Straat en nummer	Postnummer	Deelgemeente	Fusiegemeente
Datum	Uur		

Was het slachtoffer inzittende van een voertuig? ☐ ja ☐ neen

Merk Nummerplaat

Identiteit van de eigenaar:

Proces-verbaal? ☐ ja ☐ neen Opgemaakt door Pvnummer:

Eerste zorgen verleend door Dokter te

Verantwoordelijke derde Naam en voornaam (1)

Adres Telefoonnummer

Verzekeringsmaatschappij Polisnummer

GETUIGEN

Identiteit van de getuigen van het ongeval:

Naam en voornaam (1) 1. 2.

Adres

Telefoonnummer

OMSTANDIGHEDEN

(1) *Blokletters a.u.b.*

Opgemaakt te goeder trouw te op

Handtekening bemiddelaar, Handtekening verzekeringnemer,

Wie vult dit formulier in?

Dit formulier moet door de behandelde (huis)arts ingevuld en ondertekend worden.

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde,

Naam:

Adres:

verklaart dat:

Naam en voornaam:

Adres:

Het slachtoffer geworden is van een ongeval op/...../..... te

Tijdelijke arbeidsongeschiktheid

1. Eerste raadpleging in verband met het ongeval (datum en uur):

2. Beschrijving van de aard van de kwetsuren.

.....
.....

3. Is het slachtoffer in het ziekenhuis opgenomen?

☐ neen

☐ ja Zo ja, van/...../..... tot/...../..... inbegrepen

4. Het slachtoffer is

☐ nog in behandeling

☐ genezen sinds/...../.....

5. Is het slachtoffer tijdelijk ongeschikt om zijn/haar dagelijkse taken uit te oefenen (werk, studies, huishoudelijke taken, ...)?

☐ neen

☐ ja Zo ja, periodes en percentages van ongeschiktheid:

van/...../..... tot/...../..... inbegrepen tegen%

van/...../..... tot/...../..... inbegrepen tegen%

van/...../..... tot/...../..... inbegrepen tegen%

van/...../..... tot/...../..... inbegrepen tegen%

6. Zal het slachtoffer volledig herstellen?

☐ ja Zo ja, op (datum):/...../.....

☐ neen Zo neen, wat is de inschatting van de blijvende ongeschiktheid?%

.....

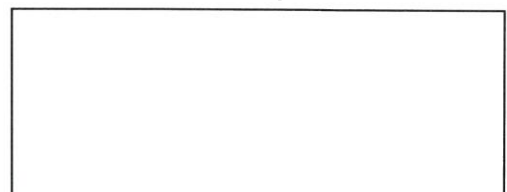
7. Bijkomende inlichtingen

.....

Stempel

Opgemaakt op/...../..... te

Handtekening,



Na invulling en ondertekening terugsturen naar Baloise Belgium nv, Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, België

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
- en 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 verzekeraars, 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 in met 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 personele categorieën.

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.

Na(a)m(en) van de ondergetekende:

Voorna(a)m(en) van de ondergetekende:

Adres:

Hoedanigheid:

T: **gsm:**

E:

Opgemaakt te op/...../.....

Handtekening.

