

ONGEVALSAANGIFTE

Verzekering Tegen Lichamelijke Ongevallen

Bemiddelaar nr. :

Naam :

Telefoon :

Referte :

ONGEVALSANGIFTE

Verzekering tegen Lichamelijke Ongevallen

Contract nr. 7029936

VERZEKERINGSNEMER

Naam - Voornaam Diemen, nu / wv		Geboortedatum	
Straat Brand Whitlochlaan		Nr. 87	Bus 9
Postnummer 1900	Woonplaats Sint-Lambrechts-Woluwe	Beroep :	
Bankrekening : [] - [] - []	Telefoon :		
Nat. rijksreg. nr. :	Ondernemingsnr. :		
E-Mail :			

DE VERZEKERDE / RECHTHEBBENDE

Naam - Voornaam		Geboortedatum	
Straat		Nr.	Bus
Postnummer	Woonplaats	Beroep :	
Bankrekening : [] - [] - []	Telefoon :		
E-Mail :			

OMSTANDIGHEDEN

Datum : Dag : Uur : Voormiddag Namiddag

Plaats :

Relaas van de gebeurtenissen :

VERGOEDING

Kunt U genieten van een andere vergoeding ?

- Mutualiteit : GROTE en/of KLEINE RISICO'S ?
- Andere verzekering : welke maatschappij, welk polisnr. ?

voor welke bedragen, voor welke waarborgen ?

INLICHTINGEN OVER DE DERDE

INDIEN HET ONGEVAL DOOR EEN DERDE VEROORZAAKT IS

1. Welke lichamelijke letsels hebt U opgelopen ?	3. Acht U hem verantwoordelijk ? Waarom ?
2. Wie heeft ze U toegebracht ? (Naam, voornaam, woonplaats)	4. Hebt U hem, of zijn verzekeraar, een aangetekende brief gestuurd? (Aanmaning) <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN
Is hij verzekerd ? Door wie ?	5. Is hij met U <input type="checkbox"/> verwant ? <input type="checkbox"/> werkt hij in uw dienst ?

GETUIGEN EN OVERHEDEN

GETUIGEN (Naam, voornaam en adres) 1.

2.

VERBALISERENDE OVERHEID : Proces-verbaal opgemaakt door Politie Plaats :

Datum : / / Nr. van het P.V. :

Heeft de verongelukte persoon een bloedafname, alcoholtest of drugsopsporing ondergaan ? JA NEEN

Wat was het resultaat?

Heeft de persoon de opsporingstest of de bloedafname geweigerd? JA NEEN

VERKLARING

De ondergetekende verzekert dat bovenstaande inlichtingen overeenstemmen met de werkelijkheid.

Wenst U de briefwisseling over dit ongeval langs uw bemiddelaar om te ontvangen ? Ja - Neen

Opgemaakt te op
De onderschrijver of de rechthebbende

MEDISCH ATTEST

DE GENEESHEER

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde :

verklaart de hierna genaamde op : [] [] [] [] [] [] [] [] om [] [] [] [] [] [] uur onderzocht te hebben :

DE PATIENT

Naam en voornaam :

Adres :

Geboortedatum :

DE DIAGNOSE

Oorsprong : Ongeval Ziekte

Overkomen op :

Verwondingen-Symptomen :

Gevolgen : Geen arbeidsongeschiktheid.

Tijdelijke volledige onbekwaamheid van tot

Tijdelijke gedeeltelijke onbekwaamheid van% vandagen, vanaftot

.....% vandagen, vanaftot

.....% vandagen, vanaftot

Overlijden van de patiënt.

Blijvende invaliditeit van% bestaande in

ANDERE INLICHTINGEN

- De patiënt kan kan niet zijn normale activiteiten uitoefenen
 werd verzorgd aan huis
 bij de geneesheer
 in het ziekenhuis

op Waarschijnlijke duur van de hospitalisatie : dagen.

draagt draagt geen gipsverband. Duur : dagen.

- Volgens de patiënt is het ongeval (of de ziekte) te wijten aan :
.....
.....

- De predisposities, ziekten of gebrekkigheden die bestonden voor het ongeval (of de ziekte) en die de gevolgen ervan kunnen verergeren zijn :
.....
.....

- Het lijkt noodzakelijk :
 beroep te doen op een specialist
 een radiografie uit te voeren
 de patiënt te hospitaliseren.

- Opmerkingen :
.....
.....



Waarschuwing

Iedere oplichting of poging tot oplichting die tegen de verzekeringsonderneming gericht is, brengt niet alleen de opzegging van de verzekeringsovereenkomst mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op grond van artikel 496 van het Strafwetboek. De betrokkene zal bovendien opgenomen worden in het bestand van het economisch samenwerkingsverband Datasur. Krachtens de wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer zal hij daarover ingelicht worden en heeft hij in voorkomend geval het recht om de hem betreffende gegevens te laten corrigeren.

Opgemaakt te, op

Handtekening en stempel van de geneesheer

De inzameling en verwerking van persoonsgegevens door de Maatschappij gebeurt conform de Algemene Verordening gegevensbescherming EU 2016/679. De persoon heeft toegang tot zijn gegevens, en kan deze in voorkomend geval laten verbeteren. Een overzicht van de politiek van Baloise Belgium inzake de verwerking van persoonlijke gegevens is beschikbaar op <https://www.baloise.be/nl/over-ons/privacy.html>. Een papieren versie van dit document kan bekomen worden bij uw tussenpersoon.

Voor elke vraag of elk verzoek betreffende de verwerking van uw persoonsgegevens kunt u contact opnemen met ons, per brief of e-mail

Via e-mail: privacy@baloise.be

Per brief: Baloise Belgium nv, Posthofbrug 16 - 2600 Antwerpen

De verzekeringnemer verklaart op de hoogte te zijn dat wanneer de maatschappij bij de beoordeling van het risico misleid werd door opzettelijke valse verklaringen of achtergehouden informatie, de verzekering geannuleerd kan worden.

Datum : / /

(handtekening)

TOESTEMMING VERWERKING MEDISCHE GEGEVENS

Specifieke toestemming voor de verwerking van medische gegevens

- Met het oog op een snel beheer van de overeenkomst en/of van het schadegevaldossier, en uitsluitend hiertoe, geef ik hierbij mijn bijzondere toestemming voor de verwerking van mijn medische gegevens.
- Ik bevestig dat ik de antwoorden op de vragen heb nagelezen. Ze werden in mijn aanwezigheid neergeschreven. Ze zijn oprecht en volledig, juist en strikt in overeenstemming met mijn verklaringen, ook al zouden ze niet eigenhandig zijn ingevuld.
- Ik erken te zijn ingelicht en te begrijpen dat alle antwoorden in dit document bestemd zijn voor gebruik door de medische diensten van de Maatschappij.
- Ik geef aan de arts van mijn keuze die door de Maatschappij ondervraagd wordt, de toestemming om aan de medische dienst of aan de adviserende geneesheer van de Maatschappij of haar herverzekeraars alle vereiste informatie en attesten van medische aard, die noodzakelijk zijn voor de afsluiting of uitvoering van de overeenkomst, op vertrouwelijke wijze mee te delen. De attesten zullen zich beperken tot een beschrijving van mijn huidige gezondheidstoestand.
- Voor zover een dergelijke verwerking noodzakelijk is, geef ik hierbij mijn toestemming voor de vertrouwelijke verwerking van mijn medische gegevens buiten de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorgen. De verwerking wordt uitgevoerd onder de enige verantwoordelijkheid van Baloise Insurance, Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen (en dit via Athora Belgium nv, Louizalaan, 149 - 1050 Brussel, Europ Assistance, Triomflaan 172 te 1160 Brussel en Informex NV, Genèvestraat, 4 te 1140 Brussel) en dit uitsluitend voor de volgende doeleinden: evaluatie van het verzekerde risico, klantenbeheer, uitgifte en beheer van de verzekeringscontracten, schadebeheer, opstellen van statistieken.

De medische gegevens kunnen voor de hierboven vermelde doeleinden worden overgemaakt aan bedrijven die in onderaanneming werken, alsook aan de dienst 'bestanden' van Datassur ESV, gevestigd te de Meeûsquare 29 te 1000 Brussel, of aan een herverzekeraar, een makelaar, een expert of een adviseur die handelt in het kader van de bovenstaande doeleinden.

- Ik weet en ik begrijp dat als de Maatschappij bij de beoordeling van het risico ten gevolge van een opzettelijke verzwijging of onjuistheid op een dwaalspoor werd gebracht met betrekking tot de informatie over mijn gezondheidstoestand en/of alle informatie die noodzakelijk is om het/ de verzekerde risico's te beoordelen, de verzekering kan worden nietig verklaard overeenkomstig de toepasselijke wettelijke bepalingen.

Opgemaakt te , op / / .

Handtekening(en) (voorafgegaan door de geschreven vermelding "gelezen en goedgekeurd")
Naam, voornaam, adres en handtekening van betrokkene,

« Per mail verzenden naar servicedesk.be@athora.com met melding van onze referte als onderwerp »