



Versie 29 april 2014

Lichamelijke schade
Typedocumenten

De burgerlijke aansprakelijkheidsverzekeraars (BA) en de rechtsbijstandsverzekeraars (RB) die lid zijn van Assuralia vonden het nuttig een aantal voor slachtoffers van lichamelijke schade, of een naaste in geval van overlijden, bedoelde sectorale typedocumenten bij te werken om hen het leven te vergemakkelijken.

De standaardisering van deze documenten biedt, voor het slachtoffer, het voordeel dat ze herkenbaar zijn en laat het slachtoffer toe te weten of ze deze informatie al bezorgd heeft aan een andere verzekeraar. Voor de verzekeraar biedt ze het voordeel dat hij snel de informatie kan vinden die hij nodig heeft voor het beheer van zijn dossier.

Deze typedocumenten zijn de volgende :

1. checklist van de belangrijke documenten in geval van blessure
2. vragenlijst algemene inlichtingen in geval van blessure
3. checklist van de belangrijke documenten in geval van overlijden
4. vragenlijst algemene inlichtingen in geval van overlijden
5. door de arts in te vullen medisch attest
6. door de arts en het ziekenfonds in te vullen attest van medische kosten
7. overzicht van de medische kosten
8. attest inkomensverlies werkgever
9. attest kosten voor verplaatsing en parking

De typedocumenten worden, naargelang van de omstandigheden (aard van de verwondingen, overlijden,...), bij de voor de slachtoffers bestemde briefwisseling gevoegd. Iedere verzekeringsonderneming hanteert hiertoe haar eigen briefwisseling.

Het is de bedoeling dat de BA- en RB-verzekeraars die lid zijn van Assuralia de typedocumenten gebruiken in hun contacten met de slachtoffers van lichamelijke schade, hetzij rechtstreeks naar aanleiding van de schadeaangifte (bv. de vragenlijst algemene inlichtingen), hetzij bij de informatievergaring die inherent is aan het beheer van het dossier (bv. overzicht van de medische kosten).

Deze documenten bestaan in het Frans, het Nederlands, het Duits en het Engels. De verzekeringsondernemingen mogen de documenten personaliseren (logo's, hoofdingen,...), maar aan de lay-out mag niet geraakt worden. De meest recente versie (gedateerd) ervan is beschikbaar op de website van Assuralia.



GEBRUIKERSHANDLEIDING

Mededeling van deze documenten aan het slachtoffer

- worden meegedeeld aan het slachtoffer naargelang van de omstandigheden (blessure of overlijden) en, eventueel, naargelang van de evolutie van de gezondheidstoestand van het slachtoffer. Ze worden dus niet allemaal tegelijk aan het slachtoffer bezorgd;
- worden verzonden met het logo van de onderneming die zich tot het slachtoffer richt. Ook het referentienummer van het dossier van die onderneming wordt erop vermeld;
- worden verzonden samen met een begeleidende brief (die elke onderneming individueel opstelt) waarin het gebruik van de typedocumenten toegelicht wordt en waarin aan het slachtoffer gevraagd wordt:
 - o een kopie te nemen van de documenten die hij/zij ingevuld heeft;
 - o het door de verzekeraar die hem/haar inlichtingen vraagt meegedeelde dossiernummer bij te houden;
 - o aan een latere verzekeraar mee te delen dat hij/zij de vragenlijst al ingevuld heeft.

Die brief vermeldt duidelijk dat wanneer het slachtoffer de documenten al ingevuld aan een andere verzekeraar bezorgd heeft, hij/zij de ontvangen documenten niet opnieuw hoeft in te vullen. Dit is evenmin nodig wanneer de identiteit en het dossiernummer dat geopend is bij een andere verzekeraar voor hetzelfde incident moeten meegedeeld worden.

Verzending van deze documenten onder verzekeraars

De verzekeraars verbinden zich ertoe, wanneer ze de identiteit van de andere betrokken verzekeraar kennen, elkaar op de hoogte te houden, dit wil zeggen:

- die verzekeraar ervan op de hoogte brengen dat hij het slachtoffer de vragenlijst toezendt/ heeft toegezonden;
- die verzekeraar alle door het slachtoffer ingevulde typedocumenten te bezorgen.

Meer in het bijzonder wordt er overeengekomen dat:

- de RB-verzekeraar de typedocumenten aan het slachtoffer richt en de BA-verzekeraar verwittigt zodra hij diens identiteit kent;
- de BA-verzekeraar eveneens de typedocumenten bezorgt als hij dat opportuun acht en in dat geval de RB-verzekeraar verwittigt zodra hij zijn identiteit kent;
- wanneer de RB-verzekeraar de ingevulde typedocumenten ontvangt, hij ze naar de BA-verzekeraar verzendt;
- de BA-verzekeraar de ingevulde typedocumenten alleen op diens vraag aan de RB-verzekeraar bezorgt.

* * *



U bent gekwetst naar aanleiding van een ongeval

CHECKLIST VAN DE DOCUMENTEN DIE U IN UW DOSSIER MOET BIJHOUDEN

Met het oog op uw schadevergoeding, **zijn ALLE documenten betreffende uw schade belangrijk**. Bewaar ze zorgvuldig als ze u worden toegezonden zodat u het bewijs kan leveren van uw schade en u snel en volledig kan vergoed worden voor uw schade.

Om de omvang van uw schade vast te stellen, zult u verschillende in te vullen documenten krijgen. Hieronder een checklist met de belangrijkste documenten die u bij de hand moet hebben:

- Medische documenten: rapporten, radiografieën, onderzoeksresultaten, ... maar ook het attest van genezing of van consolidatie van uw letsels.

- Bewijzen van medische onkosten
 - o hospitalisatie- en ambulancefacturen
 - o bewijzen van terugbetaling door het ziekenfonds
 - o zogenaamde "BVAC"-attesten die de apotheker u op uw vraag geeft en waarop de identiteit van de patiënt, de arts en het voorwerp van het voorschrift vermeld zijn.

- Maandelijks en jaarlijkse loonfiche of aanslagbiljetten

- Verplaatsings- en administratiekosten: alle bewijsstukken

- Schade aan kledij en andere: aankoopfacturen of beschrijving/foto van het beschadigde voorwerp

!! Bewaar de beschadigde stukken

Bewaar deze documenten zorgvuldig
Gelieve na ontvangst de formulieren zo snel mogelijk in te vullen en terug te sturen.

U bent gekwetst naar aanleiding van een ongeval
Algemene inlichtingen

Referentie van uw dossier (vermeld in de bijgevoegde brief)

Datum, plaats en uur van het ongeval:

1. Uw gezinssituatie

Uw naam en voorna(a)m(en):

Geboortedatum:

Adres:

Telefoon thuis: GSM:

E-mailadres:

Bankrekeningnummer:

Burgerlijke staat: vrijgezel - gehuwd - samenwonend - weduwe/weduwnaar - feitelijk gescheiden - gescheiden

Naam van de echtgeno(o)t(e)/partner:

Geboortedatum:/...../.....

Beroepssituatie van de echtgen(o)ot(e):

- voltijds
 deeltijds: uren/week

Samenstelling van uw gezin:

	Naam, voornaam	Geboortedatum:	Ten laste	Inwonend/samenwonend
Echtgenoot/partner			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Kind(eren)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Ouder(s)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen

 Bestaat er een verwantschap of andere band met de dader(s) van het ongeval? ja neen

Zo ja, welke?



2. Uw beroepssituatie

Hebt u een inkomstenverlies gehad naar aanleiding van het ongeval? ja neen

Zo ja, gelieve het bewijs van het inkomen van de maand vóór het ongeval bij te voegen (bv. loonfiche)

Beroepssituatie op het ogenblik van het ongeval	Aankruisen	Sinds
Arbeider	<input type="checkbox"/>	
Bediende	<input type="checkbox"/>	
Ambtenaar/militair		
- statutair	<input type="checkbox"/>	
- contractueel	<input type="checkbox"/>	
Zelfstandig	<input type="checkbox"/>	
Student/kind	<input type="checkbox"/>	
Gepensioneerde	<input type="checkbox"/>	
Bruggepensioneerde	<input type="checkbox"/>	
Werkzoekende	<input type="checkbox"/>	
Ten laste van het ziekenfonds	<input type="checkbox"/>	
Ten laste van het OCMW	<input type="checkbox"/>	
Zonder beroep	<input type="checkbox"/>	
Overige	<input type="checkbox"/>	

- Als u werknemer bent

Naam en adres van uw werkgever:

Stelsel	Voltijds	Deeltijds
Aantal uren/ Week		

Loon	Bruto	Belastbaar	Netto
Per uur			
Maandelijks			
Jaarlijks			

Andere voordelen (premies, 13de maand, maaltijdcheques,...):



- Als u zelfstandige bent : in hoofdberoep bijberoep

	Aankruisen	Belastbare winsten	Bedrag van de vaste kosten
Bestuurder van een vennootschap	<input type="checkbox"/>		
Eenmansbedrijf	<input type="checkbox"/>		
Zelfstandige natuurlijke persoon	<input type="checkbox"/>		

Gelieve het aanslagbiljet van de afgelopen drie jaren bij te voegen.

KBO-nummer:

- Als u student bent :

Naam van de school:

Aard en duur van de studies:

Schooljaar op het ogenblik van het ongeval:

3. Omstandigheden van het ongeval

- Gaat het volgens u... om een arbeidsongeval of een ongeval op de weg van en naar het werk?
 om een ongeval in het schoolse kader of op de weg van en naar de school?
 om een ongeval uit het privéleven?

- Gaat het volgens u om een arbeidsongeval of een ongeval op de weg van en naar het werk:

Naam en adres van de arbeidsongevallenverzekeraar van uw werkgever:

.....

- Gaat het volgens u om een ongeval in het schoolse kader of op de weg van en naar de school:

Adres van de school en naam en adres van de verzekeraar van de school:

.....

Zijn er getuigen van het ongeval? ja neen

Zo ja, wat is hun identiteit (naam, voornaam en adres):

.....



.....
.....

4. Materiële gevolgen van het ongeval

Beschrijving van de schade aan andere voorwerpen dan het voertuig. Gelieve alle rechtvaardigingsstukken bij te voegen en de beschadigde stukken te bewaren.

Voorwerp	Beschrijving van de schade	Datum van aankoop	Aankoopbedrag (schatting)

5. Lichamelijke gevolgen van het ongeval

Aard van de letsels :
.....
.....

Bent u opgenomen in het ziekenhuis naar aanleiding van het ongeval? ja neen

Naam van de huisarts en/of het ziekenhuis:

In geval van hospitalisatie: Datum opname:/...../..... Datum ontslag:/...../.....

Hebt u een arbeidsongeschiktheid ondergaan? ja neen

Zo ja, van/...../..... tot/...../.....

Bent u nog in behandeling ja neen

Bent u volledig genezen? ja neen Zo ja, sinds/...../.....

Gelieve het document "door de arts in te vullen medisch attest" bij te voegen



6. Tussenkost van instellingen of verzekeraars

Hebt u, naar aanleiding van het ongeval, de tussenkost gevraagd van een instelling / verzekeraar als hieronder vermeld?

Zo ja, preciseer in de tabel.

	Identiteit van de instelling/verzekeraar	Referentie
Arbeidsongevallenverzekeraar		
Verzekeraar medische kosten		
Hospitalisatieverzekeraar		
Ongevallenverzekeraar individueel		
Verzekeraar gewaarborgd inkomen		
Verzekeraar materiële schade		
Reisverzekeraar		
Ziekenfonds		
OCMW		
Andere		

Ziekenfonds (briefje kleven):

Hebt u een verzekeraar burgerlijke aansprakelijkheid privéleven/familiale verzekeraar? ja neen

Hebt u een rechtsbijstandsverzekeraar? ja neen

7. Opmerkingen

.....

.....

.....

Deze vragenlijst is niet exhaustief. Gelieve alle andere nuttige of noodzakelijke inlichtingen betreffende uw ongeval mee te delen.

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, megedeeld 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 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.

Naam en voorna(a)m(en) van de ondergetekende :

Adres :

Hoedanigheid :

Tel. woonplaats : GSM :

E-mailadres :

Opgemaakt te op / /

Handtekening¹

¹ Als het slachtoffer niet zelf kan tekenen, gelieve de reden hiervoor te vermelden



Bijlage 3

Uw naaste is overleden naar aanleiding van een ongeval

CHECKLIST VAN DE DOCUMENTEN DIE U IN UW DOSSIER MOET BIJHOUDEN

Met het oog op uw schadevergoeding, **zijn ALLE documenten betreffende uw schade belangrijk**. Bewaar ze zorgvuldig als ze u worden toegezonden zodat u het bewijs kan leveren van uw schade en u snel en volledig kan vergoed worden voor uw schade.

Om de omvang van uw schade vast te stellen, zult u verschillende in te vullen documenten krijgen. Hieronder een checklist met de belangrijkste documenten die u bij de hand moet hebben:

- Medisch attest betreffende het overlijden van uw naaste
- De akte van bekendheid en/of het overlijdensbericht
- Bewijzen van medische onkosten
 - o hospitalisatie- en ambulancefacturen
 - o bewijzen van terugbetaling door het ziekenfonds
- Bewijzen van de begrafenis kosten: facturen betreffende de kist, de concessie, het funerarium, de urne, de ceremonie, de grafsteen, het overlijdensbericht
- Verplaatsings- en administratiekosten: alle bewijsstukken
- Bewijs van de burgerlijke stand betreffende de samenstelling van het gezin van uw naaste
- Maandelijkse en jaarlijkse loonfiche van vóór het ongeval van uw naaste en de andere leden van het gezin of belastingsaangifte
- Materiële schade (kledij en andere) te wijten aan het ongeval: aankoopfacturen of beschrijving/foto van het voorwerp

!! Bewaar de beschadigde stukken

Bewaar deze documenten zorgvuldig
Gelieve na ontvangst de formulieren zo snel mogelijk in te vullen en terug te sturen.

Uw naaste is overleden naar aanleiding van een ongeval

ALGEMENE INLICHTINGEN

Referentie van het dossier (vermeld in de bijgevoegde brief)

Datum, plaats en uur van het ongeval:

1. Gezinsituatie

Naam en voorna(a)m(en) van de overledene:

Geboortedatum:

Adres:

Burgerlijke staat: vrijgezel - gehuwd - samenwonend - weduwe/weduwnaar - feitelijk gescheiden - gescheiden

Naam van de echtgeno(o)t(e)/partner:

Geboortedatum:/...../.....

Beroepssituatie van de echtgen(o)ot(e)/partner:

- voltijds
 deeltijds: uren/week

Samenstelling van het gezin van de overledene:

	Naam, voornaam	Geboortedatum:	Ten laste	Inwonend/samenwonend
Echtgenoot/partner			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Kind(eren)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Ouder(s)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen

Bestaat er een verwantschap of andere band met de dader(s) van het ongeval? ja neen

Zo ja, welke?

2. Inkomensituatie van het gezin

<u>Beroepssituatie van de overledene op het ogenblik van het ongeval</u>			<u>Beroepssituatie van de echtgenoot/partner op het ogenblik van het ongeval</u>		
	Aankruisen	Sinds		Aankruisen	Sinds
Arbeider	<input type="checkbox"/>		Arbeider	<input type="checkbox"/>	
Bediende	<input type="checkbox"/>		Bediende	<input type="checkbox"/>	
Ambtenaar/militair			Ambtenaar/militair		
- statutair	<input type="checkbox"/>		- statutair	<input type="checkbox"/>	
- contractueel	<input type="checkbox"/>		- contractueel	<input type="checkbox"/>	
Zelfstandig	<input type="checkbox"/>		Zelfstandig	<input type="checkbox"/>	
Student/kind	<input type="checkbox"/>		Student/kind	<input type="checkbox"/>	
Gepensioneerde	<input type="checkbox"/>		Gepensioneerde	<input type="checkbox"/>	
Bruggepensioneerde	<input type="checkbox"/>		Bruggepensioneerde	<input type="checkbox"/>	
Werkzoekende	<input type="checkbox"/>		Werkzoekende	<input type="checkbox"/>	
Ten laste van het ziekenfonds	<input type="checkbox"/>		Ten laste van het ziekenfonds	<input type="checkbox"/>	
Ten laste van het OCMW	<input type="checkbox"/>		Ten laste van het OCMW	<input type="checkbox"/>	
Zonder beroep	<input type="checkbox"/>		Zonder beroep	<input type="checkbox"/>	
Overige	<input type="checkbox"/>		Overige	<input type="checkbox"/>	

<u>Als de overledene werknemer was</u>				<u>Als de echtgenoot/partner werknemer is :</u>			
Naam en adres van zijn werkgever:				Naam en adres van zijn werkgever:			
Stelsel	Voltijds	Deeltijds		Stelsel	Voltijds	Deeltijds	
Aantal uren/week				Aantal uren/week			
Loon	Bruto	Belastbaar	Netto	Loon	Bruto	Belastbaar	Netto
Per uur				Per uur			
Maandelijks				Maandelijks			
Jaarlijks				Jaarlijks			
Andere voordelen (premies, 13 ^{de} maand, maaltijdcheques,...):				Andere voordelen (premies, 13 ^{de} maand, maaltijdcheques,...):			



Als de overledene zelfstandige was				Als de echtgenoot/partner zelfstandige is			
in <input type="checkbox"/> hoofdberoep <input type="checkbox"/> bijberoep				in <input type="checkbox"/> hoofdberoep <input type="checkbox"/> bijberoep			
	Aan- kruisen	Belastbare winsten	Bedrag vaste kosten		Aan- kruisen	Belastbare winsten	Bedrag vaste kosten
Bestuurder vennootschap	<input type="checkbox"/>			Bestuurder vennootschap	<input type="checkbox"/>		
Eenmans- bedrijf	<input type="checkbox"/>			Eenmans- bedrijf	<input type="checkbox"/>		
Zelfstandige natuurlijke persoon	<input type="checkbox"/>			Zelfstandige natuurlijke persoon	<input type="checkbox"/>		

Gelieve het aanslagbiljet van de afgelopen drie jaren bij te voegen.

KBO-nummer:

- Als de overledene student was:

Naam van de school:

Aard en duur van de studies:

Schooljaar op het ogenblik van het ongeval:

3. Omstandigheden van het ongeval

- Als het gaat om een arbeidsongeval of een ongeval op de weg van en naar het werk?
 om een ongeval in het schoolse kader of op de weg van en naar de school?
 om een ongeval uit het privéleven?

- Gaat het volgens u om een arbeidsongeval of een ongeval op de weg van en naar het werk:

Naam en adres van de arbeidsongevallenverzekeraar van de werkgever van de overledene:

.....

.....

.....

- Gaat het volgens u om een ongeval in het schoolse kader of op de weg van en naar de school:

Adres van de school en naam en adres van de verzekeraar van de school:

.....

.....

.....



Zijn er getuigen van het ongeval? ja neen

Zo ja, wat is hun identiteit (naam, voornaam en adres):

.....
.....
.....

4. Materiële gevolgen van het ongeval

Beschrijving van de schade aan andere voorwerpen dan het voertuig. Gelieve alle rechtvaardigingsstukken bij te voegen en de beschadigde stukken te bewaren.

Voorwerp	Beschrijving van de schade	Datum van aankoop	Schatting

5. Lichamelijke gevolgen van het ongeval

Aard van de letsels :
.....
.....
.....

Is de overledene opgenomen in het ziekenhuis naar aanleiding van het ongeval? ja neen

Naam van het ziekenhuis:

In geval van hospitalisatie: Datum opname:/...../..... Datum ontslag:/...../.....

Gelieve het document "door de arts in te vullen medisch attest" bij te voegen



6. Tussenkost van instellingen of verzekeraars

Heeft de overledene, naar aanleiding van het ongeval, de tussenkost ontvangen van een instelling / verzekeraar als hieronder vermeld?

Zo ja, preciseer in de tabel

	Identiteit van de instelling/verzekeraar	Referentie
Arbeidsongevallenverzekeraar		
Verzekeraar medische kosten		
Hospitalisatieverzekeraar		
Ongevallenverzekeraar individueel		
Verzekeraar gewaarborgd inkomen		
Verzekeraar materiële schade		
Reisverzekeraar		
Ziekenfonds		
OCMW		
Andere		

Ziekenfonds (briefje kleven):

Had de overledene een verzekeraar burgerlijke aansprakelijkheid privéleven/familiale verzekeraar? ja neen

Had de overledene een rechtsbijstandsverzekeraar? ja neen

7. Opmerkingen

.....
.....
.....

Deze vragenlijst is niet exhaustief. Gelieve alle andere nuttige of noodzakelijke inlichtingen betreffende uw ongeval mee te delen.

"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 schade ten gevolge van het overlijden van de naaste van de ondergetekende; 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 schade ten gevolge van het overlijden van de naaste van de ondergetekende, 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 van zijn overleden naaste 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 schade.

De gezondheidsgegevens worden met de grootste discretie verwerkt en uitsluitend door hiertoe gemachtigde personele categorieën.

Naam en voorna(a)m(en) van de ondergetekende :

Adres :

Hoedanigheid :

Tel. woonplaats : GSM :

E-mailadres :

Opgemaakt te op / /

Handtekening



In te vullen door uw arts

MEDISCH ATTEST

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde,

Naam:.....

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 en uur):

▪ Beschrijving van de aard van de kwetsuren:

.....
.....
.....

▪ Is het slachtoffer in het ziekenhuis opgenomen ja neen

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

▪ Het slachtoffer is nog in behandeling

genezen sinds...../...../.....

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

Zo ja, periodes en percentages van ongeschiktheid:

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 (datum)/...../.....

Zo nee, wat is de inschatting van de blijvende ongeschiktheid ? %

▪ Bijkomende inlichtingen:

.....
.....

Opgemaakt op (datum):/...../.....

te

Handtekening en stempel van de arts



In te vullen door de arts en door uw ziekenfonds

BEWIJZEN VAN MEDISCHE ONKOSTEN

Referentie/nummer dossier:
Datum van het ongeval:
Plaats van het ongeval:
Naam en voornaam van de patiënt:

Datum(s)	Riziv-code	Betaald bedrag	Tussenkost ziekenfonds

Handtekening + stempel van de arts	Stempel van het ziekenfonds

Dit attest van medische onkosten **moet ingevuld worden voor iedere raadpleging.**

Als de raadplegingen plaatsvinden bij eenzelfde arts, dan mogen meerdere bezoeken op het document vermeld worden. Als de raadplegingen plaatsvinden bij verschillende artsen, dan moet hen telkens een nieuw document voorgelegd worden. Daarom raden wij u aan er een kopie van te nemen.

**OVERZICHT VAN DE MEDISCHE KOSTEN**

Referentie/nummer dossier:
Datum van het ongeval:
Plaats van het ongeval:
Naam en voornaam van de patiënt:

Stuk nr.	Datum	Betaald bedrag	Tussenkost ziekenfonds	Tussenkost andere verzekeraars	Bedrag dat ten laste blijft
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Belangrijk: indien mogelijk, alle stukken nummeren en toevoegen (attesten van medische verzorging ingevuld door de arts en het ziekenfonds, ziekenhuisfacturen, attesten van farmaceutische producten afgeleverd door uw apotheker (B.V.A.C),...)



In te vullen door uw werkgever of uw sociaal secretariaat

ATTEST INKOMENSVERLIES

Referentie/nummer dossier:

Datum van het ongeval:

Plaats van het ongeval:

De ondergetekende (werkgever/sociaal secretariaat)

Naam en voornaam:

Adres:

verklaart dat :

Naam en voornaam:

Adres:

1) voor hem werkt als ARBEIDER/BEDIENDE/AMBTENAAR (schrappen wat niet past) en het slachtoffer geweest is van een ongeval met als gevolg

- een totale ongeschiktheid van (datum)/...../..... tot/...../..... inbegrepen
- een gedeeltelijke ongeschiktheid van% van(datum)/...../..... tot/...../..... inbegrepen
- een werkhervatting sinds/...../.....

2) een netto-inkomen zou ontvangen hebben vaneuro, mocht hij/zij geen arbeidsongeschiktheid ondergaan hebben tijdens deze periode

3) ten gevolge van de aan het ongeval te wijten arbeidsongeschiktheid een netto gewaarborgd inkomen (wekelijks/maandelijks) van

(bedrag) euro ontvangen heeft van (datum)/...../..... tot/...../..... inbegrepen

(bedrag) euro ontvangen heeft van (datum)/...../..... tot/...../..... inbegrepen

(bedrag) euro ontvangen heeft van (datum)/...../..... tot/...../..... inbegrepen

(bedrag) euro ontvangen heeft van (datum)/...../..... tot/...../..... inbegrepen

4) Ten gevolge van de aan het ongeval te wijten arbeidsongeschiktheid heeft, lijdt hij een verlies van (bedrag)..... euro aan maaltijdcheques, premies, ...

Opgemaakt op (datum):/...../.....

Te

Handtekening en stempel van de werkgever/sociaal secretariaat



ATTEST KOSTEN VOOR VERPLAATSING EN PARKING

Referentie/nummer dossier:

Datum van het ongeval:

Plaats van het ongeval:

Naam en voornaam van het slachtoffer:

Stuk nr.	Datum	Reden en plaats van de verplaatsing	Aantal km als verplaatsing met de auto (heen en terug)	Kosten openbaar vervoer en parkingkosten
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Belangrijk: alle stukken nummeren en bijvoegen (parkingticket, treinticket of ander openbaar vervoer, attest van raadpleging,... en alle documenten die uw verplaatsing bewijzen)