

INDIEN HET EEN ONGEVAL BETREFT

Aard: Privéongeval Arbeidsongeval Verkeersongeval Sportongeval

Datum en uur / / uur

Plaats

(stad, dorp, gehucht, straat,
werkplaats, woonhuis, enz.)

Oorzaak en omstandigheden (beschrijf nauwkeurig)

Werd er een proces-verbaal opgemaakt ?

JA - NEEN - ONGEKEND

Door wie ?

P.V.-nummer

Werd er een bloedproef of ademtest afgenomen ?

JA - NEEN - ONGEKEND

Gebeurde het ongeval met een voertuig ?

JA - NEEN

Zo ja, type, merk en plaatnummer
naam, adres van de BA-verzekeraar
polisnummer van de BA-verzekering

Ik, ondergetekende, bevestig dat de voorgaande antwoorden volledig zijn en met de waarheid overeenstemmen.

Met het oog op een vlot beheer van het contract en/of van het schadedossier en enkel daartoe, geef ik hierbij mijn bijzondere toestemming om medische gegevens die op mij betrekking hebben te verwerken (artikel 7 van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer).

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 kunt 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

Indien u akkoord gaat met onderstaande bepaling, gelieve het daartoe voorziene vakje aan te vinken.

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 in, op / /

Naam en handtekening van de verzekerde

MEDISCH VERSLAG

Duidelijk LEESBAAR in te vullen door de behandelende arts

Het volgende medische gedeelte maakt deel uit van de schadeaanfifte die uw patiënt voor zijn verzekering moet invullen. Aan de hand van deze inlichtingen kunnen we nagaan of hij/zij recht op schadevergoeding heeft. We vragen u hier de nodige aandacht aan te besteden want dankzij een correct ingevulde schade-aanfifte kunnen we uw patiënt de service verlenen, die hij verdient.

IN GEVAL VAN ONGEVAL

a) datum en uur van het ongeval :/...../..... uur

b) begindatum van de arbeidsongeschiktheid :/...../.....

c) aard van de letsels

DIAGNOSE	LATERALISATIE (indien van toepassing)	ICD-code {facultatief}
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	

IN GEVAL VAN ZIEKTE

a) datum waarop de eerste
verschijnselen optraden:-/...../.....

b) begindatum van de arbeidsongeschiktheid :/...../.....

c) aard van de ziekte

DIAGNOSE	LATERALISATIE (indien van toepassing)	ICD-code {facultatief}
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	

d) in geval van zwangerschapscomplicaties:
- juiste of vermoedelijke bevallingsdatum :/...../.....
- aard van de verwikkeling

DIAGNOSE	ICD-code {facultatief}

WELKE BEHANDELING WERD/WORDT TOEGEPAST ?

- immobilisatie rust andere
- medicatie welke :
- chirurgische behandeling welke : Andere :

Prognose voor wat betreft heling van de letsels :

Prognose voor wat betreft het resultaat van de behandeling :

Werd/wordt de verzekerde in een verpleeginstelling opgenomen ? JA - NEEN

Naam : in

Opmnameduur (vermoedelijk)-: van ____ / ____ / tot ____ / ____ /

Sinds wanneer verzorgt u de verzekerde voor dit ongeval of deze ziekte ? ____ / ____ /

Werd de verzekerde reeds door een andere arts dan u verzorgd ? JA - NEEN

Staat de huidige aandoening of letsel in verband of is het een gevolg van een reeds vroeger bestaande aandoening of letsel ? JA - NEEN

Welke : Datum : ____ / ____ /

Welke : Datum : ____ / ____ /

Kan de verzekerde de woning verlaten ? JA - NEEN
Indien niet, voor welke periode niet ? van ____ / ____ / tot ____ / ____ /

Is de arbeidsongeschiktheid **volledig** ? JA - NEEN
Vermoedelijke duur : van ____ / ____ / tot ____ / ____ /

Is de arbeidsongeschiktheid **gedeeltelijk** ? JA - NEEN
Vermoedelijke duur : Graad-.....% van ____ / ____ / tot en met ____ / ____ /
Graad-.....% van ____ / ____ / tot en met ____ / ____ /
Graad-.....% van ____ / ____ / tot en met ____ / ____ /

Welke activiteiten zijn toegestaan ?
(bv. toezicht, licht werk, deeltijdse arbeid, enz.)

Is er een blijvende ongeschiktheid te verwachten ? JA - NEEN Graad-.....%

Datum van de werkhervatting als deze reeds plaatsvond: ____ / ____ /

Ten einde een vlot beheer van het schadedossier te bewerkstelligen, verzoeken wij de arts om de beschikbare medische verslagen en/of protocols van de uitgevoerde medisch-technische onderzoeken (medische beeldvorming, labo, ...) als bijlage te voorzien aan deze schadeaangifte.

Bijkomende inlichtingen :

Belangrijk: DVV vraagt de arts in het bijzijn van de verzekerde geen enkele opmerking te maken, die zou vooruitlopen op het besluit van de verzekeraar.

Opgemaakt in, op ____ / ____ /

Handtekening en stempel van de arts,

De verzekeringen zijn voortaan extra waakzaam om fraude op te sporen...



...bent u echter te goeder trouw, dan kan u op ons rekenen.