

# Schadeaangifte lichamelijk ongeval

(behalve voor arbeidsongevallen)

## BETREFT POLISNUMMER

\_\_\_\_\_

## VERZEKERINGNEMER

naam (voor instelling: benaming) en adres

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## TUSSENPERSOON

naam en adres (of stempel)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

agentnummer

dossiernummer

FSMA nummer

## SLACHTOFFER

naam en voornaam

\_\_\_\_\_

straat en nummer

postcode

plaats

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

geboortedatum

telefoonnummer

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

e-mail

\_\_\_\_\_

betaling via rekening\*

op naam van\*

IBAN\* \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Verwantschap met verzekeringnemer

ouder  kind  kleinkind  ander familielid  leerling  vrijwilliger  medewerker  lid  onbezoldigde helper

andere: \_\_\_\_\_

Enkel voor verkeersongevallen: hoedanigheid van het slachtoffer

voetganger  fietser  passagier  bestuurder bromfiets  bestuurder motorfiets (≥ 50 cc)  bestuurder voertuig

## ONGEVAL

plaats

\_\_\_\_\_

dag \_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

proces-verbaal  ja  neen PV-nummer \_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

alcoholtest:  ja  neen resultaat: \_\_\_\_\_

# Schadeaangifte lichamelijk ongeval

(behalve voor arbeidsongevallen)

Nauwkeurige omschrijving van oorzaak en omstandigheden

---

---

---

Ongeval aangegeven aan andere polis  ja  neen

Indien ja, type polis:  hospi  rechtsbijstand  andere lichamelijk ongeval  arbeidsongeval

andere: \_\_\_\_\_

polisnummer \_\_\_\_\_ Maatschappij \_\_\_\_\_

## AANSPRAKELIJKHEID

eventueel aansprakelijke derde - naam en adres

verzekeringsmaatschappij

---

---

---

nummer van de betrokken polis BA

---

**KBC Verzekeringen NV**, Professor Roger Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven gebruikt de gezondheidsgegevens die u haar als betrokkene - verzekeringnemer, verzekerde of schadelijgende derde - via dit formulier ter beschikking stelt voor het sluiten, beheren of uitvoeren van de verzekering.

Gezondheidsgegevens zijn alle persoonsgegevens die de vroegere, huidige of toekomstige fysieke of psychische gezondheidstoestand van de betrokkene betreffen en die rechtstreeks betrekking hebben op de gezondheidstoestand van de betrokkene. De toegang tot de gezondheidsgegevens is beperkt tot die categorieën van personen die ze nodig hebben voor de vermelde doeleinden. Op verzoek kan u er een lijst van krijgen. U hebt ook het recht om aan KBC Verzekeringen mededeling te vragen van de u betreffende gezondheidsgegevens. Mochten er ondanks alles toch onnauwkeurigheden voorkomen in de gezondheidsgegevens, dan mag u uiteraard de verbetering hiervan vragen. In beide gevallen richt u uw vraag schriftelijk aan de Privacydienst van KBC, Brusselsesteenweg 100, 3000 Leuven. Dit formulier verstuurt u ter attentie van de raadsgeneesheer van KBC Verzekeringen.

Met algemene privacyvragen kan u terecht bij de Privacycommissie ([www.privacycommission.be](http://www.privacycommission.be)).

Ondergetekende verklaart hierbij op basis van informatie schriftelijk zijn vrije toestemming te geven aan KBC Verzekeringen voor het gebruiken van zijn gezondheidsgegevens in overeenstemming met deze privacyclausule. De wettelijke vertegenwoordiger treedt op voor de handelingsonbekwame persoon (zoals de minderjarige) die hij vertegenwoordigt.

Opgemaakt te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Akkoord voor aangifte, Akkoord met privacyclausule

de schadeaangever

de tussenpersoon

de schadeaangever

# Geneeskundig getuigschrift

POLISNUMMER

\_\_\_\_\_

VOORNAAM EN NAAM

\_\_\_\_\_

DOKTER

naam en adres (of stempel)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SLACHTOFFER

naam

\_\_\_\_\_

datum ongeval

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

AARD VAN DE VERWONDINGEN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HEEFT HET SLACHTOFFER VOOR ZIJN ONGEVAL LETSELS OF ZIEKTES GEHAD WAARDOOR DE GEVOLGEN VAN DIT ONGEVAL KUNNEN WORDEN VERZWAARD?

ja  neen

Welke?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sedert wanneer?

\_\_\_\_\_

WANNEER HEEFT MEN VOOR DE EERSTE MAAL DE HULP VAN DE DOKTER INGEROEPEN?

datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

naam en woonplaats van die dokter

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Geneeskundig getuigschrift

## HET SLACHTOFFER IS:

---

in staat zijn dagelijkse bezigheden voort te zetten

volledig ongeschikt      begindatum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      vermoedelijke einddatum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

gedeeltelijk ongeschikt

\_\_\_\_\_ %      begindatum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      vermoedelijke einddatum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ %      vermoedelijke begindatum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      vermoedelijke einddatum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## IS ER EEN VOLLEDIGE GENEZING TE VERWACHTEN?

---

ja, wanneer \_\_\_\_\_

neen, wat zijn de mogelijke gevolgen voor de toekomst? (bv. overlijden, blijvende invaliditeit, enz.)

---

---

---

opgemaakt te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**de dokter, (handtekening en stempel)**