

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)

Schadeaangifte lichamelijk ongeval

(behalve voor arbeidsongevallen)

BETREFT POLISNUMMER

37400115

VERZEKERINGNEMER

naam (voor instelling: benaming) en adres

VRIJ KATHOLIEK BASISONDERWIJS WINGENE VZW

NIEUWSTRAAT 16 (p/a Wildenburg Beernemsesteenweg 117)

8750 WINGENE

TUSSENPERSOON

naam en adres (of stempel)

JAN HESPEL BVBA

OUDE BRUGGESTRAAT 6

8750 WINGENE

agentnummer

126207

dossiernummer

FSMA nummer

111334A

SLACHTOFFER

naam en voornaam

straat en nummer

postcode

plaats

geboortedatum

telefoonnummer

e-mail

betaling via rekening*

op naam van*

IBAN* _____

BIC _____

Verwantschap met verzekeringsnemer

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).

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

37400115

VOORNAAM EN NAAM

DOKTER

SLACHTOFFER

naam en adres (of stempel)

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
