



Schadeaangifte

Lichamelijke Ongevallen

Contract nr. _____

Producent nr. _____

Verzekeringnemer

Naam of handelsnaam: _____

Voornamen: _____

Adres: straat _____ Nr. _____ Bus _____

Postnummer: _____ Gemeente: _____

Telefoon: _____

Beroep of aard van de vennootschap: _____

Slachtoffer

Naam: _____

Voornamen: _____

Adres: straat _____ Nr. _____ Bus _____

Postnummer: _____ Gemeente: _____

Geboren op: _____ Beroep: _____

Rekeningnummer voor het storten van vergoedingen: _____ - _____ - _____

Titularis van de rekening: _____

Mutualiteit: Naam: _____

Aansluitingsnummer: _____

Ongeval

Datum: _____ Plaats: _____

Uur _____ I dag I nacht Heeft het slachtoffer het werk gestaakt? I Ja I Neen

Indien ja: I volledig I gedeeltelijk Op welke datum: _____

Oorzaken/Omstandigheden: _____

Aansprakelijke derde: Naam en voornaam: _____

(eventueel) Adres: _____

Naam van zijn verzekeringsmaatschappij: _____ Polisnummer _____

Getuige: Naam en voornaam: _____

Adres: _____

Verbaliserende overheid: I Federale politie I Lokale politie _____ PV nr. _____

Bescherming van de persoonlijke levenssfeer en rechten van de geregistreerde personen

De persoonsgegevens die aan Schueremans VM worden medegedeeld, zijn uitsluitend bestemd voor de volgende doelstellingen: evaluatie van de verzekerde risico's, beheer van de commerciële relatie, van het verzekeringscontract en van de erdoor gedekte schadegevallen, controle van de portefeuille, voorkoming van misbruiken en fraudes. Enkel voor deze doeleinden kunnen zij, indien noodzakelijk, worden overgemaakt aan een herverzekeraar, expert of een raadsman. Deze gegevens zijn toegankelijk voor de diensten onderschrijving en schadebeheer alsook voor de Dienst Juridische Zaken en Compliance bij een eventueel geschil of bij een controle, en voor de Dienst Audit in het strikte kader van de haar toevertrouwde opdrachten.

Hierbij verleent de verzekerde zijn toestemming voor de verwerking van de gegevens betreffende zijn gezondheid door de Medische Dienst en de hiervoor opgesomde bestemmingen wanneer dit noodzakelijk is voor het beheer van een polis of schadegeval.

De verzekerde aanvaardt dat de verzekeringnemer en de tussenpersoon kennis kunnen nemen van de inhoud van het contract en zijn eventuele uitsluitingsgronden.

Opgemaakt te _____, op _____

Handtekening:

Geneeskundig getuigschrift

Naam van het slachtoffer:

Voornamen:

· Oorzaak van het ongeval:

· Beschrijving van de letsels:

· Voorgeschreven behandeling:

· Normale gezondheidstoestand:

· Gebreken die van vroeger dateren:

· Vermoedelijke gevolgen:

Vermoedelijke duur van de arbeidsonbekwaamheid:

Is ze volledig? | Ja | Neen

Kan uw patiënt zijn gewone bezigheden gedeeltelijk waarnemen? | Ja | Neen

Zo ja, in welke mate:

Op welke dag nam de arbeidsonbekwaamheid een aanvang:

Wanneer werd uw hulp voor het eerst ingeroepen:

Bijzondere opmerkingen:

Opgemaakt te _____, op _____

Handtekening van de geneesheer