

Activiteit als zelfstandige:

Naam firma :

hoofdberoep bijberoep

Sinds:

Omschrijving van de activiteit:

Aantal werknemers: Aantal meewerkende gezinsleden:

Heeft u zich laten vervangen? ja neen

Heeft u een inkomstenverlies geleden? ja neen

Inkomsten volgens belastingaangifte:

Andere lucratieve activiteiten (uitkeringsgerechtigde, student, gepensioneerde,):

Omschrijving van de activiteit, en eventuele inkomsten:

.....
.....

AARD VAN HET ONGEVAL

Situatie op moment van het ongeval: bestuurder passagier fietser voetganger

Aard: privé-ongeval arbeidsongeval ongeval op weg van/naar het werk/school

Instanties of verzekeraars die tussenkomst (kunnen) bieden in uw schadegeval:

Mutualiteit (naam+lidnummer):

Arbeidsongevallen (naam+dossierr):

Schoolverzekeraar (naam+dossierr):

Hospitalisatieverzekeraar (naam+dossierr):

Persoonlijke ongevallen (naam+dossierr):

Verzekeraar Burg. Aansprak.(naam+dossierr):

Verzekeraar Rechtsbijstand (naam+dossierr):

Andere:

LICHAMELIJKE SCHADE

Beschrijving van de aard van de verwondingen:

.....
.....

(te staven door een medisch attest)

Duur van de arbeidsongeschiktheid: t/m.....

Werd u gehospitaliseerd naar aanleiding van het ongeval? ja neen --> Indien ja, waar?

Periode van de hospitalisatie: t/m.....

Deed u reeds beroep op huishoudelijke hulp vóór het ongeval? ja neen

Indien u t.g.v. de opgelopen kwetsuren beroep doet/dient te doen voor huishoudelijke en/of hulp van derden, gelieve nader te beschrijven:

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

MATERIËLE SCHADE

Werden door het ongeval uw materiële bezittingen, met uitzondering van uw voertuigschade, beschadigd? ja neen

Zo ja, geef een omschrijving, de aankoopwaarde en de datum van aankoop van de beschadigde goederen + bewijsstukken

(hou de stukken bij voor eventueel nazicht !)

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

GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT
in te vullen door de behandelende arts

Dossiernummer :

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde,

Naam en 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 uur:

• Beschrijving van de aard van de blessures:

• Zijn de letsels van traumatische oorsprong en houden ze verband met het ongeval? ja neen

• Heeft het ongeval een bestaande ziekte toestand verergerd? ja neen

• Welke behandeling wordt toegepast

Vermoedelijke duur

• Is het slachtoffer in het ziekenhuis opgenomen? ja neen

Zo ja, van tot inbegrepen

Moet het slachtoffer de kamer houden of te bed blijven? ja neen

Zo ja, van tot inbegrepen

• Het slachtoffer is nog in behandeling
 genezen sinds

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

Periodes en percentages van onbekwaamheid:

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

• Valt een blijvende invaliditeit/ongeschiktheid te verwachten? ja neen

Bijkomende inlichtingen:

Opgemaakt op Te

Handtekening en hoedanigheid van de arts



Galileelaan 5
B-1210 BRUSSEL
Tel. 02-286 61 11
Fax 02-286 70 60
RPR Brussel BTW BE 0405.764.064
IBAN : BE98-7995-5012-5293
BIC : GKCCBEBB
e-mail: info@dvvlap.be

DVV verzekeringen

FORMULIER VOLMACHT MEDISCHE GEGEVENS

(door de gekwetste in te vullen)

Dossiernummer :

Ik ondergetekende, (naam,voornaam en adres voluit geschreven)

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

geef aan de verzekeraar in het kader van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, hierbij mijn uitdrukkelijke toestemming om mijn medische gegevens en medische verslagen over te maken aan derden voor inzage en verwerking. Dit met het oog op een vlot beheer van het dossier in verband met het ongeval van

--	--	--	--	--	--	--	--

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, meegedeeld 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.

Opgemaakt te, op

Handtekening
(voorafgegaan door de tekst 'gelezen en goedgekeurd')