

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).

De aan DVV en haar bemiddelaar meegedeelde persoonsgegevens mogen door hen verwerkt worden op basis van de cliëntenservice, de risicobehandeling en het polissen- en schadebeheer. DVV heeft het recht deze gegevens in voorkomend geval te verwerken en op te nemen in de door DATASSUR beheerde bestanden, op basis van de risicobehandeling. De houder van deze bestanden is het ESV DATASSUR, De Meeûsplantsoen 29, 1000 Brussel. De wet verschaft de betrokken personen een recht van toegang en verbetering.

Bijkomende inlichtingen kunnen worden verkregen bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. (W. 8/12/92)

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 schadeaangifte 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-aangifte 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

Opnameduur (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 schadeaanfage.

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.

Betaal niet onnodig voor anderen, help ons misbruik te voorkomen.