

## verzekeringnemer

## verzekeringkantoor

naam (voor instelling: benaming) en adres

naam en adres (of stempel)

nr. \_\_\_\_\_

telefoon

dossiernummer

## slachtoffer

naam

voornaam

geboortedatum

straat en nummer

postnummer

deelgemeente

fusiegemeente

betaling via rekeningnr.

op naam van

verwantschap met verzekeringn.

aansluiting ziekenfonds voor

beroep

grote risico's  alle risico's  dagelijkse vergoeding

*Enkel voor minderjarigen:* naam vader (moeder of voogd) \_\_\_\_\_

*Enkel voor onderwijsinstellingen, jeugd- en sportverenigingen:*

Kan de leiding eventueel aansprakelijk gesteld worden?  neen  ja

Zo ja, vul een formulier «aangifte van een ongeval met derden» in.

*Enkel voor jeugd- en sportverenigingen:*

Gebeurde het ongeval op de weg van of naar de activiteit?  neen  ja

naam vereniging \_\_\_\_\_ lidnummer slachtoffer \_\_\_\_\_

*Enkel voor bedrijfs-, landbouw- en nijverheidspolissen:*

Het slachtoffer is een onbezoldigd, inwonend familielid.

Zo ja  Het slachtoffer oefent een beroep uit.  Het slachtoffer geniet een vervangingsinkomen.

Het slachtoffer werkt voltijds in de huishouding.

Het slachtoffer is een onbezoldigd tijdelijk helper.

*Enkel voor polis LO-inzittenden:* Droeg het slachtoffer een autogordel?  neen  ja

## ongeval

plaats

dag

datum

uur

proces-verbaal

PV-nummer

datum

opgemaakt door

ja  neen

nauwkeurige omschrijving van oorzaak en omstandigheden: \_\_\_\_\_

## aansprakelijkheid

eventueel aansprakelijke derde – naam en adres

verzekeringsmaatschappij

nummer van de betrokken polis burgerrechtelijke aanspr.

Opgemaakt op \_\_\_\_\_

de schadeaangever,

de tussenpersoon,

# GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT

**dokter**

**slachtoffer**

naam en adres (of stempel)

naam

datum ongeval

1. Aard van de verwondingen .....

2. Had het slachtoffer reeds letsels of ziekten die het geval verergerd hebben?  ja  neen  
Welke? .....  
Sedert wanneer? .....

3. Wanneer heeft men voor de eerste maal de hulp van de dokter ingeroepen? datum .....  
naam en woonplaats van die dokter .....

4. Het slachtoffer is:  
 volledig arbeidsongeschikt begindatum ..... vermoedelijke einddatum .....  
 gedeeltelijk arbeidsongeschikt  
..... % begindatum ..... vermoedelijke einddatum .....  
..... % vermoedelijke begindatum ..... vermoedelijke einddatum .....  
 in staat zijn gewoon werk voort te zetten.

5. Waar zal het slachtoffer voortaan verzorgd worden?  
naam en woonplaats van die dokter .....  
*Belangrijk: Toestemming voor fysiotherapeutische behandeling dient aan het ziekenfonds aangevraagd te worden, met vermelding van a) aard van de prestaties, b) aantal zittingen, c) lokalisatie, d) vermoedelijke duur en e) medische redenen van de behandeling.*  
*Als het slachtoffer geen aanspraak kan maken op tegemoetkoming van het ziekenfonds, dient deze aanvraag aan KBC Verzekeringen te worden gedaan.*

6. Zijn er erge gevolgen te vrezen voor de toekomst?  ja  neen  
Waarin zouden deze bestaan? (bv. overlijden, blijvende arbeidsongeschiktheid, enz.)  
.....  
.....  
.....

Opgemaakt op .....  
de dokter, (handtekening)