DVV verzekeringen

Agentschapnummer
Naam - (ev.) rechtsvorm
Adres - maatschappelijke zetel

Ond.nr./BTW-nr.
IBAN-nr.
FSMA-nr.

Aangifte LICHAMELIJK ONGEVAL

Polisnummer :

	Verzekeringnemer PSI-nr	Slachtoffer
Naam		
Straat en nummer :		
Postcode en woonplaats :		
Telefoon :		
Fax :		
IBAN-nr		

SLACHTOFFER
a) Beroep : _____
b) Geboortedatum : _____
c) burgerlijke staat : _____
d) gezinssamenstelling : _____
e) Beroep en arbeidsstelsel van de partner van het slachtoffer : _____

ONGEVAL
a) Plaats van het ongeval : _____
(Stad, dorp, gehucht, werkplaats, woonhuis, binnenplaats, enz.). _____
b) Dag, datum en uur : _____

OORZAAK EN OMSTANDIGHEDEN Hoe is het gebeurd ? (Nauwkeurige beschrijving)

a) Gebeurde het ongeval tijdens de beroepsbezigheden van het slachtoffer ? Zo ja, welk werk verrichtte deze persoon op het ogenblik van het ongeval ?	a)
b) Heeft het slachtoffer nog voortgewerkt ? Zo ja, tot welke datum ?	b)
c) Werd het ongeval door een derde persoon veroorzaakt ? Geef de naam,voornaam en adres van deze derde persoon. Is hij verzekerd ? Zo ja, bij welke maatschappij ? Polisnummer ?	c)
d) Deed het ongeval zich voor op de weg naar of van het werk ? naar of van de school ?	d)
Waren er **ooggetuigen** van het ongeval ? Zo ja, geef hun volledige adres op en deel hun verklaringen op een afzonderlijk blad mee. Werd er een **proces-verbaal** opgesteld ? Zo ja, door welke overheid ? Wanneer ? Nummer P.V.? Werd er een bloedproef of alcoholtest afgenomen ? Van wie ? Resultaat ?	
Is er een tegemoetkoming van het ziekenfonds ? Van de verzekering arbeidsongevallen ? Van de schoolverzekering ? Van een andere verzekering ? Naam en adres van deze ? Referte ?	

(Enkel in te vullen indien aangifte BA/Rechtsbijstand)

In te vullen indien slachtoffer minderjarig : Ouders of voogd : naam en voornaam + adres

_____

_____

Indien **loontrekkende** : Brutoloon/maand : _____

Indien **zelfstandige of vrij beroep** : Hoeveel bedraagt uw jaarinkomen ? _____

Hebt u **andere schade** opgelopen (kleding, eigendommen, andere)? _____

☐ neen ☐ ja: geef een opsomming op een afzonderlijk blad en voeg de bewijsstukken bij

053/3610 - 05/2018

LET OP ! Uiterlijk ACHT DAGEN na het ongeval verwachten wij deze aangifte samen met het volledig ingevulde medische getuigschrift.

Bescherming van uw persoonsgegevens

Informatie

Belins NV (gekend onder de merk- en handelsnaam "DVV") en, desgevallend, uw verzekeringstussenpersoon verwerken uw persoonsgegevens voor verschillende doeleinden waaronder het sluiten en het uitvoeren van verzekeringscontracten, het naleven van wettelijke verplichtingen, de evaluatie van de klantrelatie, direct marketing en fraudebestrijding. Deze gegevens worden niet langer bewaard dan noodzakelijk voor de verwerking waarvoor ze werden ingezameld.

Uw persoonsgegevens kunnen eveneens in verband met voormelde doeleinden worden meegedeeld aan de met Belins NV verbonden ondernemingen en gespecialiseerde dienstverleners zoals experten, herstellers, herverzekeringsondernemingen en Datassur ESV.

U hebt het recht om uw persoonsgegevens waarover wij beschikken in te zien en ze desgevallend te laten corrigeren of verwijderen. U kunt ook vragen om sommige van deze gegevens over te dragen naar een derde partij of rechtstreeks naar uzelf. Daarenboven kunt u vragen de verwerking te beperken.

Voor de verwerking van persoonsgegevens waarvoor u uw toestemming hebt gegeven, heeft u het recht uw toestemming te allen tijde in te trekken, zonder dat dit afbreuk doet aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking daarvan.

Recht van verzet

U heeft het recht zich te verzetten tegen de verwerking van bepaalde persoonsgegevens en kunt zich op elk moment verzetten tegen het gebruik van uw persoonsgegevens voor direct marketing.

Meer informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens, de doeleinden van de verwerking en het uitoefenen van uw rechten vindt u terug in het Privacycharter van DVV.

Dit charter is beschikbaar bij uw verzekeringstussenpersoon en kan eveneens geraadpleegd worden op www.dvv.be/privacycharter.

TOESTEMMING

☑ **U geeft hierbij toestemming voor de verwerking van gegevens met betrekking tot uw gezondheid wanneer deze gegevens noodzakelijk zijn voor het sluiten en het uitvoeren van het verzekeringscontract. Deze gegevens kunnen enkel worden verwerkt door de raadgevend geneesheer, uw verzekeringstussenpersoon en de medewerkers van DVV voor zover zij belast zijn met één of meer taken die verband houden met voormelde doeleinden en door eventuele derden waarvan de tussenkomst noodzakelijk is bij de uitvoering van voormelde taken. U geeft hierbij toestemming aan de behandelende arts om na uw eventuele overlijden een verklaring over de doodsoorzaak te geven aan de raadgevend geneesheer van DVV.**

Ondergetekende verklaart al de hem/haar bekende inlichtingen over dit ongeval te hebben meegedeeld.

Aldus opgemaakt en echt verklaard te _____ (plaats) , op _____ (datum)

Handtekening van de aanvrager,

GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT

van dokter _____ wonende in _____

over de toestand van _____ gewond op _____ (datum)

1. Aard van de verwondingen. Omstandige beschrijving van het verloop van de letsels vanaf het ongeval.	
2. Was het slachtoffer reeds aangedaan door letsels of ziekten die de gevolgen van het ongeval verergerd hebben? Welke?	
3. a) Werd een specialist geraadpleegd? Welke? b) Werd het slachtoffer opgenomen in het ziekenhuis? Vanaf wanneer?	3. a) _____ b) _____
4. Duid aan : a) 1- of het slachtoffer volledig arbeidsongeschikt is. 2 - of het hem toegelaten is geheel of gedeeltelijk zijn gewoon werk voort te zetten. b) Wanneer de arbeidsongeschiktheid begonnen is. c) Hoelang die ongeschiktheid waarschijnlijk zal duren (zo juist mogelijk). d) Of er erge gevolgen te vrezen zijn voor de toekomst, bv. overlijden of blijvende (arbeids)ongeschiktheid. Waarin zou deze laatste bestaan?	4. a) 1. _____ 2. _____ b) _____ c) _____ d) _____
5. a) Wanneer heeft men de eerste maal de hulp van de dokter ingeroepen? b) Van welke dokter?	5. a) _____ b) _____

Aldus opgemaakt en echt verklaard te _____ (plaats) , op _____ (datum)

Handtekening van de dokter,

Voorbehouden voor de DVV-consulent : **Referte consulent :** . . . . . .

☐ Medisch getuigschrift ontbreekt. Verzekerde beschikt wel/niet over invulformulier.

☐ Andere opmerkingen :

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.