

SCHADEAANGIFTE LICHAMELIJKE ONGEVALLEN

Contractnummer:

Producent nummer:

Verzekeringnemer

Naam of handelsnaam:

Voornamen:

Straat:

Nr/Bus:

Postcode/Gemeente:

Tel.:

E-mail:

Beroep of aard van de vennootschap:

Slachtoffer

Naam:

Voornamen:

Straat:

Nr/Bus:

Postcode/Gemeente:

Geboortedatum: / /

Beroep:

Rekeningnummer voor het storten van vergoedingen (IBAN):

- -

BIC Code:

Titularis van de rekening:

Mutualiteit

Naam:

Aansluitingsnummer:

Ongeval

Datum: / /

Plaats:

Uur: :

Dag Nacht

Heeft het slachtoffer het werk gestaakt? Ja Neen

Indien ja: Volledig Gedeeltelijk

Op welke datum: / /

Oorzaken / Omstandigheden:

Aansprakelijke derde

Naam:

Voornaam:

Straat:

Nr/Bus:

Postcode/Gemeente:

Naam van zijn verzekeringsmaatschappij:

Polisnummer:

Getuige

Naam:

Voornaam:

Straat:

Nr/Bus:

Postcode/Gemeente:

Verbaliserende overheid: Federale politie Lokale politie

PV nr.:

Contractnummer:

Bescherming van de persoonsgegevens

De inzameling van persoonsgegevens in dit document gebeurt in het raam van het beheer van uw contract of een schadegeval en conform de reglementering over verzekeringen en de bescherming van persoonsgegevens. Zij zullen alleen doorgegeven worden aan personen die gemachtigd zijn om er kennis van te nemen. Zij worden absoluut niet gebruikt voor een ander doel. Door de gevoelige gegevens te verstrekken voor het beheer van uw contract of uw schadegeval en door deze vragenlijst te ondertekenen, stemt u uitdrukkelijk in met de verwerking van deze gegevens bij het beheer van uw contract of uw schadegeval. Voor bijkomende informatie over de verwerking, de bescherming van uw persoonsgegevens, nodigen wij u uit de website te raadplegen (<http://www.allianz.be/nl/bescherming-persoonsgegevens/Paginas/wie-zijn-wij.aspx>) waar u vragen kunt stellen over de verwerking van de gegevens door de maatschappij.

Opgemaakt te op / /

Handtekening

N.B. Overeenkomstig de algemene voorwaarden van de polis moet onderhavige verklaring vergezeld zijn van een bewijs van medische vaststelling.

Volledig ingevuld en ondertekend terug te sturen naar Allianz Benelux nv

Dienst: Nieuwe Schade BOAR

Koning Albert II-laan 32 – 1000 Brussel

E-mail: nieuweschade@allianz.be

en zelf een kopie te bewaren



Geneeskundig getuigschriftNaam 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:

van / / tot en met / / Is ze volledig: Ja Neen

Kan uw patiënt zijn gewone bezigheden gedeeltelijk waarnemen?

 Ja

Zo ja, in welke mate:

 Neen, %

van

 / /

tot en met

 / /

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: