



Lichamelijke Ongevallen

Contract nr. _____ Producent nr. _____

Verzekeringnemer

Naam of handelsnaam : _____
 Voornamen : _____
 Adres : straat _____ Nr. _____ Bus _____
 Postnummer : _____ Localiteit : _____
 Telefoon : _____
 Beroep of aard van de vennootschap : _____

Slachtoffer

Naam : _____
 Voornamen : _____
 Adres : straat _____ Nr. _____ Bus _____
 Postnummer : _____ Localiteit : _____
 Geboren op : _____ Beroep : _____
 Rekeningnummer voor het storten van vergoedingen : _____ - _____ - _____
 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 en voornaam _____
 (eventueel) Adres : _____
 Naam van zijn verzekeringsmaatschappij : _____ Polisnummer _____
 Getuige : Naam en voornaam _____
 Adres : _____
 Verbaliserende overheid : Politie Rijkswacht _____ PV nr. _____

Bescherming van de persoonlijke levenssfeer en rechten van de geregistreerde personen

De persoonsgegevens die aan de vennootschappen van AGF Belgium Holding (Allianz Group) worden medegedeeld, dienen uitsluitend voor de volgende doelstellingen: evaluatie van de verzekerde risico's, beheer van de commerciële relatie, beheer en uitvoering van het verzekeringscontract en van de erdoor gedekte schadegevallen. De betrokkene kan aanvullende inlichtingen krijgen bij het Openbaar Register dat bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer wordt bijgehouden (registratienummer : 00289119).
 Elke persoon die zijn identiteit bewijst, heeft het recht kennis te krijgen van de hem betreffende gegevens die in het bestand zijn opgenomen.
 Om dat recht uit te oefenen dient de belanghebbende een gedagtekend en ondertekend verzoek in bij de dienst:
Bescherming van de persoonlijke levenssfeer : AGF Belgium Holding N.V., Lakensestraat 35, 1000 Brussel.
 Bij dit verzoek dient er een kopie te worden gevoegd van de identiteitskaart van de aanvrager en dienen de naam en het adres van de geneesheer te worden vermeld aan wie onze adviseur geneesheer eventuele medische gegevens mag mededelen.
 Een bedrag van 3 EUR moet worden gestort op de rekening 961-1864847-17 (met als mededeling "Persoonlijke levenssfeer" + de naam en voornamen van de betrokken persoon).
 Deze persoon is verder gerechtigd alle onjuiste persoonsgegevens die op hem betrekking hebben, kosteloos te laten verbeteren of te doen verwijderen alsook om zich te verzetten tegen gebruik van die gegevens voor direct marketing door dit uitdrukkelijk te vermelden naast zijn handtekening op het voorliggende document.
 Met het oog op een vlot beheer van het contract en van elk shadedossier en enkel daartoe, geeft de verzekerde zijn bijzondere toestemming voor het verwerken van de medische persoonsgegevens en het mededelen ervan aan een beoefenaar van de geneeskunde en aan diens medische ploeg.
 De verzekerde aanvaardt uitdrukkelijk dat de tussenpersoon-beheerder en de verzekeringnemer kennis krijgen van de inhoud van het contract en van zijn uitsluitingsclausules.

Opgemaakt te _____, op _____
Handtekening : _____

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

AGF Belgium Insurance n.v.

Verzekeringsonderneming toegelaten onder codenummer 0097
 (K.B. van 4 juli 1979, B.S. van 14 juli 1979 - K.B. van 19 mei 1995, B.S. van 16 juni 1995)
 H.R. Brussel 574

BEDRIJFSZETELS

Borzestraat 10 - 2000 Antwerpen - België - Tel. 03/222.55.11 - Fax 03/225.31.40
 Lakensestraat 35 - 1000 Brussel - België - Tel. 02/214.61.11 - Fax 02/214.62.74

MAATSCHAPPELIJKE ZETEL
 Lakensestraat 35 - 1000 Brussel - België

AD 223 NL - EUR - 06/2001

Geneeskundig getuigschrift

Naam van het slachtoffer : _____

Voornamen : _____

Oorzaak van het ongeval :

Beschrijving van de letsels :

Voorgescreven behandeling :

Normale gezondheidstoestand :

Gebreken die van vroeger dateren :

Vermoedelijke gevolgen :

Vermoedelijke duur van de arbeidsonbekwaamheid : _____

Is ze volledig? Ja Neen

Kan uw patiënt zijn gewone bezigheden gedeeltelijk waarnemen? Ja Neen

Zo ja, in welke mate : _____

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 :