



Relaas van de feiten : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Werd er proces-verbaal opgemaakt ?  NEEN  JA Zo JA, Politie van : .....  
op ..... Nr. P.V. : .....

Wie is aansprakelijk voor het ongeval ? (naam en adres van de aansprakelijke) : .....  
.....

Was de rechthebbende op het ogenblik van het schadegeval in dienst van een werkgever, of op de weg van of naar het werk ?  NEEN  JA  
Zo JA : wie is de werkgever ? (naam en adres) : .....

Bij welke maatschappij is hij voor de arbeidsongevallen verzekerd ? .....

Welke zijn de opgelopen letsels ? .....  
.....

Hospitalisatieperiode : .....  
.....

Naam en adres van de verpleeginstelling : .....  
.....

Ik, ondergetekende, bevestig dat de voorgaande antwoorden volledig zijn en met de waarheid overeenstemmen.

Ik verbind er mij toe bij derden (behandelende artsen, verpleeginrichtingen, instellingen van sociale verzekeringen, andere verzekeringsmaatschappijen, overheid, enz...) alle inlichtingen in te winnen aangaande de overkomen ziekten, ongevallen en aandoeningen en deze te verstrekken aan de adviserende arts van de verzekeraar.

Ik ben akkoord dat Fortis AG bovenvermelde gegevens, mits naleving van de Belgische privacy-wetgeving, met het oog op en binnen het kader van het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten in het algemeen, met inbegrip van het opmaken van statistieken, kan verwerken.

De gegevens die de gezondheid betreffen worden enkel verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg en de toegang tot deze gegevens is beperkt tot die personen die ze nodig hebben voor de uitoefening van hun taken.

Fortis AG zal deze gegevens niet meedelen aan derden. Ik ben evenwel akkoord dat Fortis AG deze gegevens meedeelt voor zover hiertoe in haar hoofde een wettelijke of contractuele verplichting of een gewettigd belang bestaat.

Opgemaakt te ....., op .....

Handtekening van de aangeslotene