

aangifteformulier
INDIVIDUELE VERZEKERING



Dossiernummer _____ / _____ / _____
(voorbehouden aan Ethias)

Polisnummer _____

Terug te sturen naar: Ethias - Zetel voor Vlaanderen
Prins-Bisschopssingel 73, 3500 Hasselt
Tel. 011 28 21 11 - Fax 011 28 20 20

[A] in te vullen door de aangever

1 IDENTITEIT VAN DE VERZEKERINGSNEMER	
Naam _____ <small>Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam</small>	Voornaam _____
Straat _____	nr. _____ bus _____
Postcode _____	Gemeente _____
Geboortedatum ____ . ____ . ____	Cliëntnr. _____ <small>(indien reeds cliënt bij Ethias)</small>
Rekeningnummer _____	
Rijksregisternummer _____	
Tel. nr. privé _____	E-mail _____
Gsm _____	Tel. nr. op het werk _____
Beroep _____	

2 IDENTITEIT VAN HET SLACHTOFFER (zo het om iemand anders dan de verzekeringnemer gaat)	
Naam _____ <small>Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam</small>	Voornaam _____
Straat _____	nr. _____ bus _____
Postcode _____	Gemeente _____
Geboortedatum ____ . ____ . ____	Cliëntnr. _____ <small>(indien reeds cliënt bij Ethias)</small>
Rekeningnummer _____	
Rijksregisternummer _____	
Tel. nr. privé _____	E-mail _____
Gsm _____	Tel. nr. op het werk _____
Beroep _____	

3 GEGEVENS VAN HET ONGEVAL		
Datum ____ . ____ . ____	Dag _____	Uur _____
Plaats _____		

4 BEZIGHEID VAN HET SLACHTOFFER OP HET OGENBLIK VAN HET ONGEVAL

5 **BESCHRIJVING VAN HET ONGEVAL** (oorzaken, omstandigheden en gevolgen, opgelopen verwondingen en/of schade)
SCHETS (bij te voegen indien het een verkeersongeval betreft)

6 **BETROKKENHEID ANDERE PARTIJEN**

Naam Voornaam
Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam

Straat nr. bus

Postcode Gemeente

Verzekeringsmaatschappij

Polisnummer

Werd er een vaststelling gedaan door een verbaliserende autoriteit? Ja Neen

Zo ja, door wie?

Eventueel nummer van proces-verbaal

7 **GETUIGENISSEN**

a) Naam en adres van de getuigen van het ongeval

b) Zo er geen getuige is, naam en adres van de personen die getuige waren van de toestand en de klachten van de gewonde, onmiddellijk na het ongeval

c) Bij ontbreken van getuigen a) en b), wanneer en door wie heeft u kennis gekregen van het ongeval?

8 **ANDERE NUTTIGE INFORMATIE OMTRENT HET SLACHTOFFER**

a) Heeft het slachtoffer een polis gezins aansprakelijkheid. Zo ja, bij welke maatschappij?
 Verzekeringsmaatschappij Polisnummer

b) Is het slachtoffer aangesloten bij een sportclub en zo ja, bij welke?
 Naam van de club
 Bij welke maatschappij heeft deze club een verzekering afgesloten?
 Verzekeringsmaatschappij Polisnummer

c) Is het slachtoffer arbeidsongeschikt? Zo ja, vanaf wanneer? Ja Neen
 Datum . .

Opgemaakt te op

Handtekening van de aanvrager

[B] bericht aan slachtoffers van een lichamelijk ongeval

- 1) U werd slachtoffer van een ongeval waarvoor Ethias optreedt als verzekeraar.
- 2) Het verzekeringscontract voorziet in terugbetaling van de behandelingskosten met verwijzing naar het RIZIV-barema tot beloop van het eventuele overschot na tegemoetkoming van het ziekenfonds. Behoudens uitzondering komen slechts de in het ziekte- en invaliditeitsverzekeringsbarema voorziene prestaties in aanmerking voor vergoeding.
- 3) In toepassing van de wet moeten de geneesheren en ziekenhuizen aan de patiënten om betaling van de gewone verstrekkingen verzoeken en de getuigschriften voor verstrekte hulp, bestemd voor het ziekenfonds, afleveren.
- 4) Op vertoon van de stavingsstukken en van de afrekening van het ziekenfonds vergoedt Ethias haar tegemoetkoming op de door de rechthebbenden gewenste wijze (rekeningnummer).
- 5) Het slachtoffer heeft vrijheid van keuze van arts of ziekenhuis ongeacht welke dokter of ziekenhuis de eerste verzorging heeft toegediend.

BELANGRIJK

Gelieve hiernavolgende rubriek in te vullen of een kleeftbriefje van uw ziekenfonds aan te brengen en de hiernavolgende verklaring aangaande de medische gegevens te ondertekenen.

Naam van de titularis	_____	Voor naam	_____
Verzekeringstelling	_____		
Inschrijvingsnummer	_____		

Opgelet: de wet van 9 augustus 1963 legt iedereen de verplichting op zich bij een ziekenfonds aan te sluiten. Zo dit voor u echter niet het geval zou zijn, gelieve hierna uw beweegredenen uiteen te zetten

.....

.....

.....

Ethias verzamelt uw persoonsgegevens voor de evaluatie van het risico, het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen, voor het promoten van haar diensten en voor het voeren van getrouwheidsacties. Uw persoonsgegevens kunnen voor commerciële doeleinden doorgegeven worden aan de ondernemingen die deel uitmaken van de Ethias groep. U hebt het recht om uw persoonsgegevens in te kijken, om eventuele correcties te laten aanbrengen en om u gratis te verzetten tegen het gebruik ervan voor commerciële doeleinden. Verzet u zich tegen dit gebruik?.....

Bij het afsluiten van een verzekeringsovereenkomst stemt u er mee in dat Ethias, in het kader van het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen, de persoonsgegevens eventueel mededeelt aan het E.S.V. Datassur (Datassur, dienst « bestanden », de MeeÛsquare 29 te 1000 Brussel).

De gezondheidsgegevens zullen verwerkt worden voor de aanvaarding van de risico's onderschreven bij Ethias, het bepalen van de omvang van de waarborgen en het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen. Deze gegevens zullen beheerd worden door de daartoe bij Ethias gemachtigde personen. U kan op ieder ogenblik uw toestemming tot het verwerken van deze gegevens door de hoger vermelde personen intrekken.

Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst of over het beheer van een schadegeval kan worden gericht aan:

- Ethias – Dienst 2000 Prins-Bisschopssingel 73 3500 Hasselt fax 011 85 61 10 klachtenbeheer@ethias.be
- Ombudsdienst Verzekeringen – de MeeÛsquare 35 1000 Brussel fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as

Opgemaakt te _____ op _____

Ik machtig Ethias mijn gezondheidsgegevens (of die van mijn kind) te verwerken

Handtekening

[C] geneeskundig getuigschrift
In te vullen door de geneesheer

1) Naam van de geneesheer _____ (in drukletters a.u.b.) Voornaam _____
Adres

2) Naam van het slachtoffer _____ Voornaam _____
Adres

3) Datum van het ongeval ____ . ____ . ____

4) Datum en uur van het eerste geneeskundig onderzoek ____ . ____ . ____ ____ . ____ uur

5) Verwondingen (de aard der verwondingen en de getroffen lichaamsdelen vermelden)

.....

.....

.....

.....

6) Waar wordt het slachtoffer verzorgd?

7) Kan het slachtoffer zich verplaatsen? Ja Neen

8) Waarschijnlijke duur van de behandeling

9) Waarschijnlijke gevolgen van het ongeval

10) Is u van mening dat de vastgestelde verwonding het gevolg kan zijn van het in rubriek A. 5 vermelde ongeval? Ja Neen

11) Kan er hier sprake zijn van een vroegere toestand (gebrekkigheden, kwalen of ziekten) waardoor verwickelingen te vrezen zijn?
Zo ja, welke?

12) a. Werd er overgegaan tot een heelkundige ingreep? Ja Neen
 Zo ja, welke?

 In welke inrichting en door welke chirurg?

 b. Werd er overgegaan tot een radiografisch onderzoek van diagnose en/of controle? Ja Neen
 Door welke radioloog?

 c. Wenst u tussenkomst van een specialist? Ja Neen

13) Opmerkingen

.....

.....

Opgemaakt te _____ op _____
Handtekening