

U bent gekwetst naar aanleiding van een ongeval

CHECKLIST VAN DE DOCUMENTEN DIE U IN UW DOSSIER MOET BIJHOUDEN

Met het oog op uw schadevergoeding, **zijn ALLE documenten betreffende uw schade belangrijk**. Bewaar ze zorgvuldig als ze u worden toegezonden zodat u het bewijs kan leveren van uw schade en u snel en volledig kan vergoed worden voor uw schade.

Om de omvang van uw schade vast te stellen, zult u verschillende in te vullen documenten krijgen. Hieronder een checklist met de belangrijkste documenten die u bij de hand moet hebben:

- Medische documenten: rapporten, radiografieën, onderzoeksresultaten, ... maar ook het attest van genezing of van consolidatie van uw letsels.

- Bewijzen van medische onkosten
 - o hospitalisatie- en ambulancefacturen
 - o bewijzen van terugbetaling door het ziekenfonds
 - o zogenaamde "BVAC"-attesten die de apotheker u op uw vraag geeft en waarop de identiteit van de patiënt, de arts en het voorwerp van het voorschrift vermeld zijn.

- Maandelijks en jaarlijkse loonfiche of aanslagbiljetten

- Verplaatsings- en administratiekosten: alle bewijsstukken

- Schade aan kledij en andere: aankoopfacturen of beschrijving/foto van het beschadigde voorwerp

!! Bewaar de beschadigde stukken

Bewaar deze documenten zorgvuldig
Gelieve na ontvangst de formulieren zo snel mogelijk in te vullen en terug te sturen.



U bent gekwetst naar aanleiding van een ongeval

Algemene inlichtingen

Referentie van uw dossier (vermeld in de bijgevoegde brief)

Datum, plaats en uur van het ongeval:

1. Uw gezinssituatie

Uw naam en voorna(a)m(en):

Geboortedatum:

Adres:

Telefoon thuis: GSM:

E-mailadres:

Bankrekeningnummer:

Burgerlijke staat: vrijgezel - gehuwd - samenwonend - weduwe/weduwenaar - feitelijk gescheiden - gescheiden

Naam van de echtgeno(o)t(e)/partner:

Geboortedatum:/...../.....

Beroepssituatie van de echtgen(o)ot(e):

- voltijds
- deeltijds: uren/week

Samenstelling van uw gezin:

	Naam, voornaam	Geboortedatum:	Ten laste	Inwonend/samenwonend
Echtgenoot/partner			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Kind(eren)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Ouder(s)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen

Bestaat er een verwantschap of andere band met de dader(s) van het ongeval? ja neen

Zo ja, welke?

2. Uw beroepssituatie

Hebt u een inkomstenverlies gehad naar aanleiding van het ongeval? ja neen

Zo ja, gelieve het bewijs van het inkomen van de maand vóór het ongeval bij te voegen (bv. loonfiche)

Beroepssituatie op het ogenblik van het ongeval	Aankruisen	Sinds
Arbeider	<input type="checkbox"/>	
Bediende	<input type="checkbox"/>	
Ambtenaar/militair		
- statutair	<input type="checkbox"/>	
- contractueel	<input type="checkbox"/>	
Zelfstandig	<input type="checkbox"/>	
Student/kind	<input type="checkbox"/>	
Gepensioneerde	<input type="checkbox"/>	
Bruggepensioneerde	<input type="checkbox"/>	
Werkzoekende	<input type="checkbox"/>	
Ten laste van het ziekenfonds	<input type="checkbox"/>	
Ten laste van het OCMW	<input type="checkbox"/>	
Zonder beroep	<input type="checkbox"/>	
Overige	<input type="checkbox"/>	

- Als u werknemer bent

Naam en adres van uw werkgever:.....

Stelsel	Voltijds	Deeltijds
Aantal uren/ Week		

Loon	Bruto	Belastbaar	Netto
Per uur			
Maandelijks			
Jaarlijks			

Andere voordelen (premies, 13de maand, maaltijdcheques,...):.....

.....



- Als u zelfstandige bent : in hoofdberoep bijberoep

	Aankruisen	Belastbare winsten	Bedrag van de vaste kosten
Bestuurder van een vennootschap	<input type="checkbox"/>		
Eenmansbedrijf	<input type="checkbox"/>		
Zelfstandige natuurlijke persoon	<input type="checkbox"/>		

Gelieve het aanslagbiljet van de afgelopen drie jaren bij te voegen.

KBO-nummer:

- Als u student bent :

Naam van de school:.....

Aard en duur van de studies:.....

Schooljaar op het ogenblik van het ongeval:

3. Omstandigheden van het ongeval

- Gaat het volgens u... om een arbeidsongeval of een ongeval op de weg van en naar het werk?
 om een ongeval in het schoolse kader of op de weg van en naar de school?
 om een ongeval uit het privéleven?

- Gaat het volgens u om een arbeidsongeval of een ongeval op de weg van en naar het werk:

Naam en adres van de arbeidsongevallenverzekeraar van uw werkgever:.....

.....

.....

.....

- Gaat het volgens u om een ongeval in het schoolse kader of op de weg van en naar de school:

Adres van de school en naam en adres van de verzekeraar van de school:.....

.....

.....

.....

Zijn er getuigen van het ongeval? ja neen

Zo ja, wat is hun identiteit (naam, voornaam en adres):

.....





.....
.....

4. Materiële gevolgen van het ongeval

Beschrijving van de schade aan andere voorwerpen dan het voertuig. Gelieve alle rechtvaardigingsstukken bij te voegen en de beschadigde stukken te bewaren.

Voorwerp	Beschrijving van de schade	Datum van aankoop	Aankoopbedrag (schatting)

5. Lichamelijke gevolgen van het ongeval

Aard van de letsels :
.....
.....
.....

Bent u opgenomen in het ziekenhuis naar aanleiding van het ongeval? ja neen
Naam van de huisarts en/of het ziekenhuis:

In geval van hospitalisatie: Datum opname:/...../..... Datum ontslag:/...../.....
Hebt u een arbeidsongeschiktheid ondergaan? ja neen
Zo ja, van/...../..... tot/...../.....
Bent u nog in behandeling ja neen
Bent u volledig genezen? ja neen Zo ja, sinds/...../.....

Gelieve het document "door de arts in te vullen medisch attest" bij te voegen



6. Tussenkost van instellingen of verzekeraars

Hebt u, naar aanleiding van het ongeval, de tussenkost gevraagd van een instelling / verzekeraar als hieronder vermeld?

Zo ja, preciseer in de tabel.

	Identiteit van de instelling/verzekeraar	Referentie
Arbeidsongevallenverzekeraar		
Verzekeraar medische kosten		
Hospitalisatieverzekeraar		
Ongevallenverzekeraar individueel		
Verzekeraar gewaarborgd inkomen		
Verzekeraar materiële schade		
Reisverzekeraar		
Ziekenfonds		
OCMW		
Andere		

Ziekenfonds (briefje kleven):

Hebt u een verzekeraar burgerlijke aansprakelijkheid privéleven/familiale verzekeraar? ja neen

Hebt u een rechtsbijstandsverzekeraar? ja neen

7. Opmerkingen

.....

.....

.....

Deze vragenlijst is niet exhaustief. Gelieve alle andere nuttige of noodzakelijke inlichtingen betreffende uw ongeval mee te delen.

De persoonsgegevens die worden verkregen door middel van dit document worden verwerkt door de verzekeraars die de geadresseerden zijn van dit document, die verantwoordelijk zijn voor de verwerking, met het oog op de volgende doeleinden: het beheer van de in rubriek vermelde schadegevallen, in het bijzonder de vaststelling en de evaluatie van de lichamelijke schade die wordt opgelopen door de ondergetekende of de persoon die hij vertegenwoordigt; het opsporen en voorkomen van fraude, de verwerking voor statistische doeleinden.

Uitsluitend voor deze doeleinden kunnen de gegevens, indien nodig, worden meegegeeld aan andere verzekeringsondernemingen die betrokken zijn bij de vergoeding van de lichamelijke schade van de ondergetekende of van de persoon die hij vertegenwoordigt, aan hun vertegenwoordigers in België, aan hun correspondenten in het buitenland, aan hun herverzekeraars, aan hun schaderegelingskantoren in het buitenland, aan een deskundige, aan een advocaat, aan een technisch raadsman, aan de verzekeringstussenpersoon van ondergetekende of van de persoon die hij vertegenwoordigt en, meer algemeen, aan elke persoon of entiteit die een verhaal uitoefent of tegen wie een verhaal wordt ingesteld in verband met de hoger vermelde lichamelijke schade.

De rechtsgrond voor de gegevensverwerking wordt gevormd door de verzekeringsovereenkomsten (Rechtsbijstand (RB), Burgerlijke Aansprakelijkheid (BA) of enige andere overeenkomst) en door de verplichting die voortvloeit uit de BA-overeenkomst voor de verzekeraar die verantwoordelijk is voor de verwerking om, in voorkomend geval, de slachtoffers van lichamelijke schade ten gevolge van het (de) in rubriek vermelde schadegeval(len) schadeloos te stellen. Indien deze vragenlijst niet afdoende zou worden ingevuld, zou de verzekeraar in de onmogelijkheid verkeren om een gevolg te geven aan dit verzoek tot tussenkomst. De verwerking is bovendien gebaseerd op het gewettigd belang van de verzekeraar om verzekeringsfraude te voorkomen en statistieken op te maken.

De verwerkte gegevens worden door de verantwoordelijke verzekeraar bewaard tijdens de duur van het schadebeheer, die aangepast zal worden telkens als de omstandigheden dit vereisen. Deze duur zal worden verlengd door de verjaringstermijn zodat de verzekeraar het hoofd kan bieden aan eventuele rechtsmiddelen die zouden worden ingesteld na de afsluiting van het schadedossier.

De betrokken personen kunnen kennisnemen van de gegevens en ze desgevallend laten verbeteren door middel van een gedateerd en ondertekend verzoek, vergezeld van een recto verso fotokopie van de identiteitskaart, gericht aan de verzekeraar die de geadresseerde is van dit document. Deze personen kunnen zich bovendien, volgens dezelfde modaliteiten en binnen de grenzen bepaald door de algemene verordening gegevensbescherming, verzetten tegen de gegevensverwerking of de beperking ervan vragen. Zij kunnen ook het wissen of de overdraagbaarheid van de hen betreffende gegevens vragen.

Meer informatie en meer bepaald de gegevens van de gedelegeerde voor de gegevensbescherming kunnen worden verkregen bij diezelfde verzekeraar.

In voorkomend geval kan een klacht worden ingediend bij de Gegevensbeschermingsautoriteit.

In het kader van de vergoedingsprocedure moet de verzekeraar de "gedragsregels voor schaderegeling: relaties met slachtoffers van zware ongevallen" naleven die zich op de website www.assuralia.be bevinden. Elke klacht betreffende de correcte toepassing door de verzekeringsonderneming van deze gedragscode wordt door het slachtoffer aan de klachtendienst van de betrokken onderneming gericht overeenkomstig de gedragsregels voor klachtenbeheer in de verzekeringsondernemingen (beschikbaar op www.assuralia.be). Indien het antwoord van deze dienst niet bevredigend is voor het slachtoffer, kan deze de klacht indienen bij de Ombudsman van de verzekeringen via de site www.ombudsman.as

door dit vakje aan te kruisen, geeft ondergetekende zijn toestemming voor de verwerking van de gegevens met betrekking tot zijn gezondheid of die van de persoon die hij vertegenwoordigt wanneer ze noodzakelijk zijn voor het beheer van het in rubriek vermelde schadegeval.

Ondergetekende geeft zijn toestemming dat de verwerking van de gegevens met betrekking tot zijn gezondheid of die van de persoon die hij vertegenwoordigt, buiten de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg kan worden uitgevoerd. Ondergetekende geeft zijn toestemming voor een mogelijk medisch onderzoek.



Deze toestemming kan te allen tijde worden ingetrokken. In geval van intrekking van de toestemming zou de verzekeraar in de onmogelijkheid verkeren om een gevolg te geven aan dit verzoek tot tussenkomst.

Deze gezondheidsgegevens worden met de grootste discretie behandeld en enkel door de daartoe bevoegde personen.

Opgemaakt te , op .../.. /20.. ,

Handtekening





In te vullen door uw arts

MEDISCH ATTEST

Referentie/nummer dossier:.....

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde,

Naam:.....

Adres:.....

verklaart dat :

Naam en voornaam:

Adres:.....

het slachtoffer geworden is van een ongeval op (datum)/...../..... te (plaats)

Gevolgen van het ongeval

- Eerste raadpleging in verband met het ongeval (datum en uur):
- Beschrijving van de aard van de kwetsuren:
.....
.....
.....
- Is het slachtoffer in het ziekenhuis opgenomen ja neen
Zo ja, van/...../..... tot/...../.....inbegrepen
- Het slachtoffer is nog in behandeling
 genezen sinds...../...../.....
- Is het slachtoffer tijdelijk ongeschikt om zijn/haar dagelijkse taken uit te oefenen (werk, studies, huishoudelijke taken,...)? ja neen
Zo ja, periodes en percentages van ongeschiktheid:
van/...../..... tot/...../..... inbegrepen tegen %
van/...../..... tot/...../..... inbegrepen tegen %
van/...../..... tot/...../..... inbegrepen tegen %
van/...../..... tot/...../..... inbegrepen tegen %
- Zal het slachtoffer volledig herstellen? ja neen
Zo ja, op (datum)/...../.....
Zo nee, wat is de inschatting van de blijvende ongeschiktheid ? %
- Bijkomende inlichtingen:

Opgemaakt op (datum):/...../..... te

Handtekening en stempel van de arts





OVERZICHT VAN DE MEDISCHE KOSTEN

Referentie/nummer dossier:.....
Datum van het ongeval:.....
Plaats van het ongeval:.....
Naam en voornaam van de patiënt:.....

Stuk nr.	Datum	Betaald bedrag	Tussenkost ziekenfonds	Tussenkost andere verzekeraars	Bedrag dat ten laste blijft
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Belangrijk: indien mogelijk, alle stukken nummeren en toevoegen (attesten van medische verzorging ingevuld door de arts en het ziekenfonds, ziekenhuisfacturen, attesten van farmaceutische producten afgeleverd door uw apotheker (B.V.A.C),...)



ATTEST KOSTEN VOOR VERPLAATSING EN PARKING

Referentie/nummer dossier:.....

Datum van het ongeval:.....

Plaats van het ongeval:.....

Naam en voornaam van het slachtoffer:.....

Stuk nr.	Datum	Reden en plaats van de verplaatsing	Aantal km als verplaatsing met de auto (heen en terug)	Kosten openbaar vervoer en parkingkosten
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Belangrijk: alle stukken nummeren en bijvoegen (parkingticket, treinticket of ander openbaar vervoer, attest van raadpleging,... en alle documenten die uw verplaatsing bewijzen)