

Ziekte of ongeval met lichamelijk letsel

Aangifte

Ingevuld te bezorgen aan Baloise Insurance ter attentie van de raadgevende geneesheer, binnen 8 dagen te rekenen vanaf de dag van het ongeval. De getroffene moet een kopie bewaren.

Gegevens over de ziekte of het ongeval

Polisreferentie Dossiernr.

Datum ongeval/ziekte/...../..... om uur

Plaats ongeval

Nr. bemiddelaar Naam bemiddelaar

Briefwisseling aan bemiddelaar Referentie bemiddelaar

Klant Referentie klant

Verzekeringnemer

Voor bestaande klanten: Klantnr. Polisref.

Naam en voornaam
of firmanaam

Straat Nr. Bus

Postnr. Gemeente Land

Geboortedatum/...../..... Geboorteplaats

Telefoon/gsm Fax Taal N F Geslacht M V

Financiële rekening IBAN BIC

Nationaal nr.

BTW-plichtig ja neen Ondernemingsnummer Aftrekpercentage%

Beroep of bedrijfstak RPR

Getroffene

Voor bestaande klanten: Klantnr. Polisref.

Naam en voornaam
of firmanaam

Straat Nr. Bus

Postnr. Gemeente Land

Geboortedatum/...../..... Geboorteplaats

Telefoon/gsm Fax Taal N F Geslacht M V

Financiële rekening IBAN BIC

Nationaal nr.

BTW-plichtig ja neen Ondernemingsnummer Aftrekpercentage%

Beroep of bedrijfstak RPR

Voor kinderen: naam van
de vader en/of de moeder

Tegenpartij

Voor bestaande klanten: Klantnr. Polisref.

Naam en voornaam
of firmanaam

Straat Nr. Bus

Postnr. Gemeente Land

Geboortedatum/...../..... Geboorteplaats

Telefoon/gsm Fax Taal N F Geslacht M V

Financiële rekening IBAN BIC

Nationaal nr.

BTW-plichtig ja neen Ondernemingsnummer Aftrekpercentage %

Beroep of bedrijfstak RPR

Verzekeringsmaatschappij
en polisreferentie

Voertuig

Samenloop van verzekeringen

Bezit u nog andere polisissen die u waarborgen tegen enige schade in verband met dit ongeval of deze ziekte? ja neen

Welke? (vermeld eveneens de naam van de verzekeraar en de polisreferentie)

.....

Omstandigheden

Beschrijf de omstandigheden van de ziekte of het ongeval

.....

Aard van de kwetsuren of ziekte

.....

Om gezondheidsgegevens te kunnen verwerken, hebben wij uw toestemming nodig. Bezorg ons een Ondertekend document 'Toestemming verwerking gezondheidsgegevens.' Dat document vindt u als bijlage.

Verklaringen

- Waarschuwing
Iedere oplichting of poging tot oplichting van Baloise Insurance brengt niet alleen de opzegging van de polis mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op grond van artikel 496 van het Strafwetboek.

Verwerking persoonsgegevens**Waarvoor gebruiken wij uw persoonsgegevens?**

Als verzekeraar verwerken wij uw persoonsgegevens. Persoonsgegevens zijn gegevens over uw persoonlijke situatie bijv. uw leeftijd, adres, geboortedatum.

Zij zijn nodig om:

- het risico te beoordelen;
- uw polis en schadegevallen te behandelen.

Wij verwerken die gegevens vooral daarvoor of omdat het moet volgens de wet.

Uw gezondheidsgegevens verwerken wij alleen als u ons daarvoor uitdrukkelijk toestemming geeft.

Uw wettelijke rechten

U kunt uw persoonsgegevens inzien en ze laten verbeteren, aanvullen, wijzigen of laten verwijderen.

Meer informatie

Dit is slechts een samenvatting van ons privacybeleid. Om goed te weten wat uw rechten en plichten zijn, raadpleeg zeker ons volledig privacybeleid op onze website (<http://www.baloise.be/privacy>).

U kunt ook gewoon een papieren versie vragen.

Contactgegevens

Voor al uw vragen en informatie over privacy kunt u terecht bij onze Data Protection Officer (DPO):

Baloise Insurance
Data Protection Officer
Posthofbrug 16
2600 Antwerpen
E-mail: privacy@baloise.be

U verklaart zich akkoord met de bepalingen hiervoor vermeld.

Gedaan in, op Handtekening getroffene*

*Indien de getroffene minderjarig is, tekent een van de ouders of de wettelijke voogd. De handtekening laten voorafgaan door de woorden 'gelezen en goedgekeurd'.

Wie vult dit formulier in?

Dit formulier moet door de behandelde (huis)arts ingevuld en ondertekend worden.

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde,

Naam:

Adres:

verklaart dat:

Naam en voornaam:

Adres:

Het slachtoffer geworden is van een ongeval op/...../..... te

Tijdelijke arbeidsongeschiktheid

1. Eerste raadpleging in verband met het ongeval (datum en uur):

2. Beschrijving van de aard van de kwetsuren.
.....
.....

3. Is het slachtoffer in het ziekenhuis opgenomen?

neen

ja Zo ja, van/...../..... tot/...../..... inbegrepen

4. Het slachtoffer is

nog in behandeling

genezen sinds/...../.....

5. Is het slachtoffer tijdelijk ongeschikt om zijn/haar dagelijkse taken uit te oefenen (werk, studies, huishoudelijke taken, ...)?

neen

ja Zo ja, periodes en percentages van ongeschiktheid:

van/...../..... tot/...../..... inbegrepen tegen%

van/...../..... tot/...../..... inbegrepen tegen%

van/...../..... tot/...../..... inbegrepen tegen%

van/...../..... tot/...../..... inbegrepen tegen%

6. Zal het slachtoffer volledig herstellen?

ja Zo ja, op (datum):/...../.....

neen Zo neen, wat is de inschatting van de blijvende ongeschiktheid?%

.....

7. Bijkomende inlichtingen
.....

Stempel

Opgemaakt op/...../..... te

Handtekening,

