

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 aan de hand van dit document verkregen persoonsgegevens worden verwerkt met de volgende doeleinden: het beheer van het in het onderwerp vermelde schadegeval, in het bijzonder de vaststelling en de evaluatie van de lichamelijke schade van de ondergetekende of de persoon die hij vertegenwoordigt; het opsporen van fraude en fraudepreventie; de statistische verwerking ervan.

Alleen voor de bovenvermelde doeleinden kunnen deze gegevens, indien nodig, meegedeeld worden aan andere verzekeringsondernemingen die betrokken zijn bij de vergoeding van de lichamelijke schade van de ondergetekende of de persoon die hij vertegenwoordigt, aan hun vertegenwoordiger in België, hun correspondent in het buitenland, hun herverzekeraars, hun schaderegelingsbureau, een expert, een advocaat, een technisch adviseur, de verzekeringstussenpersoon van de ondergetekende of de persoon die hij vertegenwoordigt en, meer algemeen, aan iedere persoon of entiteit die een verhaal instelt of tegen wie een verhaal ingesteld wordt in verband met de hierboven bedoelde lichamelijke schade.

De ondergetekende stemt in met de verwerking van de gegevens betreffende zijn gezondheid of die van de persoon die hij vertegenwoordigt wanneer die noodzakelijk zijn voor het beheer van het in het onderwerp vermelde schadegeval. De ondergetekende stemt ermee in dat de verwerking van de gegevens betreffende zijn gezondheid of die van de persoon die hij vertegenwoordigt, mag geschieden buiten de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg. De ondergetekende stemt in met een eventueel medisch onderzoek.

Deze gezondheidsgegevens worden met de grootste discretie verwerkt en uitsluitend door hiertoe gemachtigde personencategorieën.

De betrokken personen kunnen kennis nemen van deze gegevens en, zo nodig, ze laten rechtzetten aan de hand van een gedagtekend en ondertekend verzoek vergezeld van een fotokopie recto verso van de identiteitskaart, gericht aan de verzekeraar die hen ondervraagd heeft. Verdere informatie kan eveneens op hetzelfde adres bij deze verzekeraar gekregen worden.

Naam en voorna(a)m(en) van de ondergetekende :.....

Adres :

Hoedanigheid :.....

Tel. woonplaats :..... GSM :

E-mailadres :

Opgemaakt teop / ... /

Handtekening¹

¹ Als het slachtoffer niet zelf kan tekenen, gelieve de reden hiervoor te vermelden

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