



A Company of the ERGO Group

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.



A Company of the ERGO Group

Bijlage 1

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: BE.....

Burgerlijke staat: vrijgezel - gehuwd - samenwonend - weduwe/weduwnaar - 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 foto's van de beschadigde voorwerpen en het aankoopbewijs 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 (zie bijlage 3).

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.

	Naam	contractnummer/dossiernummer
Mutualiteit		
Arbeidsongevallenverzekering		
Verzekering medische kosten		
Hospitalisatieverzekering		
Bestuurdersverzekering		
Ongevallenverzekering individueel		
Verzekering gewaarborgd inkomen		
Verzekering materiële schade		
Reisverzekering		
OCMW		
Andere		

Hebt u een verzekering voor burgerlijke aansprakelijkheid privéleven/familiale verzekering?

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.

Bijlage 2

Verwerking van gegevens betreffende de gezondheid

De aan de hand van dit document verkregen persoonsgegevens worden verwerkt door D.A.S Belgische Rechtsbijstandsverzekeringsmaatschappij N.V, verwerkingsverantwoordelijke, 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 en 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 overeenkomst rechtsbijstand (RB) of de overeenkomst Burgerlijke aansprakelijkheid (BA) en de verplichting die eruit voortvloeit om de belangen van de verzekerde waar te nemen (RB) of om de lichamelijke schade van slachtoffers ten gevolge van een schadegeval te vergoeden (BA) vormt de juridische grondslag voor deze verwerking. Indien u dit document niet volledig invult, zal het voor de verzekeraar onmogelijk zijn om de belangen van verzekerde waar te nemen of om tot vergoeding over te gaan. De verwerking is tevens gebaseerd op het gerechtvaardigd belang van de verzekeraar om fraude op te sporen en te voorkomen of om statistieken op te stellen.

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

De verkregen persoonsgegevens worden bewaard gedurende de periode die noodzakelijk is voor de behandeling van het schadegeval vermeerderd met de verjaringstermijn.

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. Deze personen kunnen zich tevens, volgens dezelfde modaliteiten, en binnen de grenzen zoals voorzien door de Algemene verordening gegevensbescherming, verzetten tegen de verwerking van de gegevens of om de beperking van deze verwerking verzoeken. Zij kunnen tevens, volgens dezelfde modaliteiten, vragen om tot kennis van deze gegevens over te gaan of om de overdraagbaarheid verzoeken.

Indien de verwerking gebaseerd is op het gerechtvaardigd belang van de verzekeraar heeft de betrokken persoon tevens, binnen de grenzen zoals voorzien door de Algemene verordening gegevensbescherming, het recht om bezwaar te maken.

Het is belangrijk te vermelden dat de uitoefening van deze rechten tot gevolg kan hebben dat de verzekeraar in de onmogelijkheid verkeert om het dossier verder te beheren.

De coördinaten van de Data Protection Officer bij DAS zijn de volgende:

D.A.S Belgische Rechtsbijstandsverzekeringsmaatschappij NV, ter attentie van de Data Protection Officer, Lloyd Georgelaan 6, 1000 Brussel, 02/645 51 11 - privacy@das.be

U kunt tevens een klacht neerleggen bij de Belgische Gegevensbeschermingsautoriteit.



A Company of the ERGO Group

Uw toestemming:

Door onderstaande vakjes aan te vinken

stemt de ondergetekende 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 is zich ervan bewust dat de gegevens betreffende zijn gezondheid, in het kader van het beheer van het schadegeval, kunnen worden overgemaakt aan de personen vermeld in alinea 2.

stemt de ondergetekende 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.

stemt de ondergetekende ermee in dat de gegevens betreffende zijn gezondheid of die van de persoon die hij vertegenwoordigt mag worden overgemaakt aan zijn tussenpersoon of aan de tussenpersoon van de persoon die hij vertegenwoordigt.

geeft de ondergetekende - in het kader van de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënttoestemming - aan D.A.S. N.V., zijn uitdrukkelijke toestemming om bij derde betrokken partijen, o.m. de behandelende geneesheren, de verzekeringsondernemingen en hun raadsdokters, zijn medische gegevens en/of verslagen in het kader van een éénzijdig en/of tegensprekelijk onderzoek integraal op te vragen. Dit dient voor de inzage en verwerking met het oog op een vlot, praktisch beheer inzake de afhandeling van de burgerlijke belangen tengevolge van het bovenvermelde ongeval.

Deze toestemming kan op elk ogenblik worden ingetrokken zonder dat dit afbreuk doet aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming voor de intrekking daarvan.

Voor akkoord:

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

Adres:

Hoedanigheid :

E-mailadres.....

Tel. woonplaats :.....GSM:

Opgemaakt teop / /

Handtekening¹

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



A Company of the ERGO Group

Bijlage 3

In te vullen door uw arts

MEDISCH ATTEST

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde,.....
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,

a)periodes en percentages van persoonlijke ongeschiktheid:

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

b)periodes en percentages van huishoudelijke ongeschiktheid :

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

c)periodes en percentages van economische ongeschiktheid:

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



A Company of the ERGO Group

- 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



A Company of the ERGO Group

Bijlage 4

In te vullen door uw werkgever of uw sociaal secretariaat

ATTEST INKOMENSVERLIES

Referte dossier:...../...../...../...../...../.....

Datum van het ongeval:...../...../.....

Plaats van het ongeval:...../...../.....

De ondergetekende (werkgever/sociaal secretariaat)

Naam en voornaam:.....

Adres:.....

verklaart dat :

Naam en voornaam:.....

Adres:.....

1) voor hem werkt als ARBEIDER/BEDIENDE/AMBTENAAR (schrappen wat niet past) en het slachtoffer geweest is van een ongeval met als gevolg

een totale ongeschiktheid van (datum)/...../..... tot/...../..... inbegrepen

een gedeeltelijke ongeschiktheid van% van(datum)/...../..... tot/...../..... inbegrepen

een werkhervatting sinds/...../.....

2) een netto-inkomen zou ontvangen hebben vaneuro, mocht hij/zij geen arbeidsongeschiktheid ondergaan hebben tijdens deze periode

3) ten gevolge van de aan het ongeval te wijten arbeidsongeschiktheid een netto gewaarborgd inkomen (wekelijks/maandelijks) van

(bedrag) euro ontvangen heeft van (datum) .../.../.....tot en met .../.../.....

(bedrag) euro ontvangen heeft van (datum) .../.../..... tot en met .../.../.....

(bedrag) euro ontvangen heeft van (datum) .../.../..... tot en met .../.../.....

(bedrag) euro ontvangen heeft van (datum) .../.../..... tot en met .../.../.....

4) Ten gevolge van de aan het ongeval te wijten arbeidsongeschiktheid heeft, lijdt hij een verlies van (bedrag)..... euro aan maaltijdcheques, premies, ...

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

Te

Handtekening en stempel van de werkgever/sociaal secretariaat

Bijlage 5

ATTEST KOSTEN VOOR VERPLAATSING EN PARKING

Referte 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)