



U raakte gekwetst naar aanleiding van een ongeval

ALGEMENE INLICHTINGEN

Onze referte:
Polisnummer:
Datum ongeval:
Slachtoffer:

1. Uw gezinssituatie

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

Geboortedatum:.....

Adres:

Telefoon thuis:..... GSM:.....

E-mailadres:.....

Bankrekeningnummer:.....

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

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

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

Beroepssituatie van uw echtgen(o)t(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
			<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 3 maanden vóór het ongeval bij te voegen (bv. loonfiches)

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"/>	
Zelfstandige	<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 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 tijdens de schoolactiviteiten of op de weg van en naar de school?
- om een ongeval tijdens 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 de werkgever:

.....
.....
.....

Gaat het volgens u om een ongeval tijdens de schoolactiviteiten of op de weg van en naar de school:

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

.....
.....
.....



Zijnergetuigen 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, behandelende arts en/of het ziekenhuis:

.....
.....



Ingeval van hospitalisatie: Datum opname:/...../..... Datum ontslag:/...../.....

Was u arbeidsongeschikt? 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 zoals hieronder vermeld?

Zo ja, preciseer in de tabel.

	Identiteit van de instelling/verzekeraar	Referte
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

Zo ja, wat is diens identiteit (naam, adres, polisnummer of referte):
.....

Hebt u een rechtsbijstandsverzekeraar?

ja neen

Zo ja, wat is diens identiteit (naam, adres, polisnummer of referte):
.....



7. Opmerkingen :

.....
.....

Deze vragenlijst is niet 100% volledig. Hebt u andere nuttige of noodzakelijke inlichtingen over uw ongeval, deel ze ons dan mee.

Gedaante _____, op __ / __ / 20__ (datum)