



Inlichtingens teekkaart (Ongeval met gekwetsen)

Onze referte :

Deze inlichtingen zijn strikt vertrouwelijk doch noodzakelijk om een maximale bijstand te kunnen waarborgen bij de behandeling van het ongeval.

1. Gegevens met betrekking tot het ongeval

Polisnummer of dossiernummer : _____

Datum ongeval : _____ Plaats ongeval : _____

Verbaliserende overheid : politie van : _____

PV nummer : _____ O.M. van : _____

Notitienummer : _____

2. Persoonlijke gegevens

Naam en voornamen slachtoffer : _____

Man Vrouw

Adres : _____

Geboortedatum : ____/____/____ Tel. nr : _____

Rekeningnummer slachtoffer : _____

E-mail adres : _____

Burgelijke staat: alleenstaand samenwonend gehuwd(e) weduwe(naar)

feitelijk gescheiden echtgescheiden inwonend bij ouders

Verwantschap met verzekeringsnemer : _____

Naam van de echtgeno(o)t(e) of samenwonende : _____

Geboortedatum : ____/____/____ Beroep : _____

Kinderen :

Voornaam	Geboortedatum	Beroep	Inwonend	
			Ja	Nee
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Is er familiaal of dienstverband met de dader(s) van het ongeval ?

Zo ja, welk ?

3. Kwetsuren

Beschrijving van de kwetsuren (bijgaand medisch getuigschrift laten invullen en ons zo spoedig mogelijk laten geworden) :

Is er tussenkomst van een :

	Ja	Nee	Naam	Adres	Referte
Wetsverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Mutualiteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Individuele ongeval- lenverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Reisverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Verzekeraar gezondheidszorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Ander organisme (b.v. schoolver- zekeraar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Genoot het slachtoffer van het ongeval van :

	Ja	Nee	
- een invaliditeitspensioen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- een invaliditeitspensioen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaarlijks bedrag : _____
- een rente voor een arbeidsongeval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bruto : _____
- een invaliditeitsrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Netto : _____

	Ja	Nee	
Zijn er letsels van een vroeger ongeval, ziekte of fysieke aandoening die reeds bestonden voor het ongeval ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, beschrijving : _____ _____

	Ja	Nee	
Heeft het huidige ongeval een onderbreking van de beroepsactiviteit veroorzaakt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, datum hervatting : _____/_____/_____

	Ja	Nee	
Werd het slachtoffer tengevolge van het ongeval in een ziekenhuis opgenomen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, naam en adres van het ziekenhuis : _____ _____ _____
- Opnamedatum : _____ / _____ / _____			
- Ontslagdatum : _____ / _____ / _____			
- Kamernr : _____ (als nog in een ziekenhuis opgenomen)			

Is een volgende opname voorzien of te verwachten ? Ja Nee Reden : _____

Worden er speciale behandelingen voorzien ?

Kinesitherapie : _____ welke : _____

Revalidatie : _____ welke : _____

Andere : _____

4. Beroep (in te vullen wanneer u effectief loonverlies leed)

Wat is het beroep van het slachtoffer ? _____

Statuut : arbeider bediende zelfstandige ambtenaar

Wie is de werkgever ? _____

Adres : _____ Tel. : _____

Wat zijn de beroepsinkomsten ? (zo mogelijk loonfiches of aanslagbiljet bijvoegen)

Uurloon : _____ Aantal uren/week : _____

Maandelijks loon : _____ Bruto : _____

RMZ : _____

Belastingen : _____

Netto : _____

Geniet het slachtoffer van bovenwettelijke voordelen ? Ja Nee
(13^{de} maand, premie, maaltijdscheques, enz.)

Zo JA, welke ? _____

Netto : _____ Bruto : _____

Netto : _____ Bruto : _____

Netto : _____ Bruto : _____

Ontving hij vanwege de werkgever een :

- gewaarborgd maandloon ? Ja Nee

Zo JA, hoeveel ? _____

- gewaarborgd weekloon ?

Netto : _____

- gedurende welke periode ? _____

Bruto : _____

Ontving hij een tussenkomst vanwege De mutualiteit ? Ja Nee

Zo JA, bewijs bijvoegen.

Algemene gegevens :

- Wat is de normale pensioenleeftijd ? _____ jaar

- Is er mogelijkheid tot brugpensioen ? Ja Nee

Zo JA, op welke leeftijd ? _____ jaar

- Betreft het een ongeval n het privé-leven?

- Betreft het een arbeidsongeval ?

- Betreft het een ongeval op de weg van en naar het werk ?

5. Allerlei kosten (de BESCHADIGDE kledij en voorwerpen te bewaren)

- Medische kosten : gelieve enkel kopies van de oplegstaten van het ziekenfonds, apotheeknota's...enz te bezorgen.
- Beschadigde kledij en vervoerde voorwerpen : :
Gelieve de aankoopbonnen van deze stukken te bezorgen ofwel de geschatte aankoopprijs en datum te vermelden.

- Vervoerongkosten (detail te vermelden : aantal km, aard vervoermiddel, reden, ...) :

- | | Ja | Nee | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| ● Voertuigschade : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Expertise reeds voorzien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Door : _____ |
| - Identiteit hersteller : | | | _____ |

- | | Ja | Nee | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| ● Huishoudelijke hulp : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Door familie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Identiteit : _____ |
| - Anderen : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Identiteit : _____ |
| | | | Aantal uren per dag/week : _____ |
| | | | Periode : _____ |
| | | | Kostprijs (kopie factuur te bezorgen) : _____ |

- Andere : _____
-

Opgemaakt te _____ op _____ / _____ / _____
Door _____ hoedanigheid _____

De meegedeelde persoonsgegevens worden verwerkt door Providis, verantwoordelijke voor de verwerking, met het oog op het beheer van het schadegeval.
De betrokken persoon heeft het recht deze gegevens in te kijken en te verbeteren bij Providis.
De gegevens die de gezondheid betreffen worden enkel verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg en de toegang tot deze gegevens is beperkt tot die personen die ze nodig hebben voor de uitoefening van hun taak.
Ik geef mijn toestemming om de gegevens die de gezondheid betreffen en die gegeven worden in het kader van dit schadegeval te verwerken.

Handtekening,