

Attest algemene inlichtingen

ons kenmerk:
datum ongeval:
slachtoffer:

gegevens slachtoffer

naam en voornaam

geboortedatum

adres

burgerlijke staat

IBAN rekeningnummer

telefoon

gsm

e-mailadres

Wie woont er nog op dit adres?

naam en voornaam

relatie

geboortedatum

beroep

Is het ongeval overkomen op of op weg naar het werk of op weg naar school?

naam verzekeraar

polisnummer

☐ neen ☐ ja

beroep en inkomen slachtoffer

☐ arbeider

bruto uurloon aantal uren per week

premies/maaltijdcheques

☐ bediende

bruto maandloon

premies/maaltijdcheques

☐ zelfstandige

activiteit

inkomsten volgens belastingsaanslag

☐ werkzoekend

werkloosheidsuitkering

☐ gepensioneerde

pensioen

☐ huisvrouw/-man ☐ student

☐ andere

materiële schade

Voeg de aankoopbewijzen bij of vermeld de aankoopdatum- en prijs van de beschadigde kledij of voorwerpen. Voeg mogelijk ook foto's toe van de beschadigde voorwerpen

beschadigd goed	aankoopdatum	aankoopprijs	bewijsstuk bijgevoegd
.....	-- - - - -		☐ ja ☐ neen
.....	-- - - - -		☐ ja ☐ neen
.....	-- - - - -		☐ ja ☐ neen
.....	-- - - - -		☐ ja ☐ neen

verzekeraars

Is er voor de medische kosten en/of het inkomstenverlies een tegemoetkoming van een andere verzekeringsmaatschappij? (gewaarborgd inkomen, hospitalisatie, lichamelijke ongevallen, ...)

	welke verzekeraars	polis- of dossiernummer
☐ neen ☐ ja		
		
	vrijstelling	
		

ziekenfonds

naam ziekenfonds	lidmaatschapsnummer
.....	

datum

-- - - - -

handtekening

.....

Medisch attest

ons kenmerk:
datum ongeval:
slachtoffer:

Beschrijving van de letsels op het moment van het ongeval

Na het ongeval onderzocht ik het slachtoffer voor de eerste keer op __ - __ - __ om _____ uur.

Werd het slachtoffer gehospitaliseerd?

☐ neen ☐ ja: van __ - __ - __ tot en met __ - __ - __

Graden en periodes van ongeschiktheid

Ook in te vullen wanneer geen beroepsactiviteit wordt uitgeoefend (studenten, huisvrouw/man, gepensioneerden, werklozen,...)

_____ % van __ - __ - __ tot en met __ - __ - __

_____ % van __ - __ - __ tot en met __ - __ - __

_____ % van __ - __ - __ tot en met __ - __ - __

_____ % van __ - __ - __ tot en met __ - __ - __

_____ % van __ - __ - __ tot en met __ - __ - __

Beschrijving van de huidige toestand

☐ nog niet genezen omdat:

☐ volledige genezing, te verwachten vanaf __ - __ - __

☐ volledig genezen sinds __ - __ - __ **zonder** restletsels

☐ volledig genezen sinds __ - __ - __ **met** restletsels

nog niet genezen omdat:

datum

handtekening en stempel van de arts

__ - __ - __

datum	reden verplaatsing	traject (van ... naar ...)	aantal km (heen en terug)	openbaar vervoer en parkeerkosten (ticket 2^{de} klas bijvoegen)
- - - - -				
- - - - -				
- - - - -				
- - - - -				
- - - - -				
- - - - -				
- - - - -				
- - - - -				
- - - - -				
- - - - -				
- - - - -				
- - - - -				

datum	handtekening
-------	--------------

Attest gebruik medische gegevens

ons kenmerk:
datum ongeval:
slachtoffer:

KBC Verzekeringen NV, Prof. R. Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven gebruikt de gezondheidsgegevens die u haar als betrokkene verzekeringnemer, verzekerde of schadelijgende derde - via dit formulier ter beschikking stelt voor het sluiten, beheren of uitvoeren van de verzekering.

Gezondheidsgegevens zijn alle persoonsgegevens die de vroegere, huidige of toekomstige fysieke of psychische gezondheidstoestand van de betrokkene betreffen en die rechtstreeks betrekking hebben op de gezondheidstoestand van de betrokkene.

U hebt het recht om aan KBC Verzekeringen mededeling te vragen van de u betreffende gezondheidsgegevens. Mochten er ondanks alles toch onnauwkeurigheden voorkomen in de gezondheidsgegevens, dan mag u uiteraard de verbetering hiervan vragen. In beide gevallen richt u uw vraag schriftelijk aan KBC-Klachtenmanagement, Brusselsesteenweg 100, 3000 Leuven.

Dit formulier verstuurt u ter attentie van de raadsgeneesheer van KBC Verzekeringen.

Met algemene privacyvragen kan u terecht bij de Privacycommissie (www.privacycommission.be).

Ondergetekende verklaart hierbij op basis van informatie schriftelijk zijn vrije toestemming te geven aan KBC Verzekeringen voor het gebruiken van zijn gezondheidsgegevens in overeenstemming met deze privacyclausule.

De wettelijke vertegenwoordiger treedt op voor de handelingsonbekwame persoon (zoals de minderjarige) die hij vertegenwoordigt.

datum

_ _ _ - _ _ - _ _ _ _ _

handtekening

.....

voornaam en naam

.....