



Schadeaangifte
Lichamelijke Ongevallen

Contract nr. 400203654 Producent nr. 910UR205

Verzekeringnemer

Naam of handelsnaam: CASINO TEAM KNOKKE
Voornamen: _____
Adres: straat ELISABETHLAAN Nr. 63 Bus _____
Postnummer: 8300 Gemeente: KNOKKE
Telefoon: _____
Beroep of aard van de vennootschap: WIELEERTOURISTEN

Slachtoffer

Naam: _____
Voornamen: _____
Adres: straat _____ Nr. _____ Bus _____
Postnummer: _____ Gemeente: _____
Geboren op: _____ Beroep: _____
Rekeningnummer voor het storten van vergoedingen: _____
Titularis van de rekening: _____
Mutualiteit: Naam: _____
Aansluitingsnummer: _____

Ongeval

Datum: _____ Plaats: _____
Uur _____ dag nacht Heeft het slachtoffer het werk gestaakt? Ja Neen
Indien ja: volledig gedeeltelijk Op welke datum: _____
Oorzaken/Omstandigheden: _____

Aansprakelijke derde: Naam en voornaam: _____
(eventueel) Adres: _____

Naam van zijn
verzekeringsmaatschappij: _____ Polisnummer _____

Getuige: Naam en voornaam: _____
Adres: _____

Verbaliserende overheid: Federale politie Lokale politie _____ PV nr. _____

Bescherming van de persoonlijke levenssfeer en rechten van de geregistreerde personen

De persoonsgegevens die aan Allianz Belgium n.v. worden medegedeeld, zijn uitsluitend bestemd voor de volgende doelstellingen: evaluatie van de verzekerde risico's, beheer van de commerciële relatie, van het verzekeringscontract en van de erdoor gedekte schadegevallen, controle van de portefeuille, voorkoming van misbruiken en fraudes. Enkel voor deze doeleinden kunnen zij, indien noodzakelijk, worden overgemaakt aan een herverzekeraar, expert of een raadsman. Deze gegevens zijn toegankelijk voor de diensten onderschrijving en schadebeheer alsook voor de Dienst Juridische Zaken en Compliance bij een eventueel geschil of bij een controle, en voor de Dienst Audit in het strikte kader van de haar toevertrouwde opdrachten. Hierbij verleent de verzekerde zijn toestemming voor de verwerking van de gegevens betreffende zijn gezondheid door de Medische Dienst en de hiervoor opgesomde bestemmingen wanneer dit noodzakelijk is voor het beheer van een polis of schadegeval.
De verzekerde aanvaardt dat de verzekeringnemer en de tussenpersoon kennis kunnen nemen van de inhoud van het contract en zijn eventuele uitsluitingsgronden. Het niet mededelen van de vereiste gegevens kan naargelang de hypothese het volgende resultaat hebben voor Allianz Belgium n.v.: de onmogelijkheid voor haar of de weigering om een commerciële relatie aan te gaan, een dergelijke relatie verder te zetten of een operatie uit te voeren die de betrokken persoon heeft gevraagd.
Elke persoon die zijn identiteit bewijst, heeft het recht kennis te krijgen van de hem betreffende gegevens die in het bestand zijn opgenomen door een gedagtekend en ondertekend verzoek in te dienen bij de dienst Bescherming van de persoonlijke levenssfeer, Allianz Belgium n.v., Lakensstraat 35, 1000 Brussel.
Bij dit verzoek moet er een kopie worden gevoegd van de identiteitskaart van de aanvrager en moet de naam en het adres van de geneesheer worden vermeld aan wie onze adviserend geneesheer eventuele medische gegevens mag mededelen.
Deze persoon is verder gerechtigd om alle onjuiste persoonsgegevens die op hem betrekking hebben, kosteloos te laten verbeteren of te doen verwijderen alsook om zich te verzetten tegen gebruik van die gegevens voor direct marketing door dit uitdrukkelijk te vermelden naast zijn handtekening op het voorliggende document.

Opgemaakt te _____, op _____
Handtekening: _____

N.B. Overeenkomstig de algemene voorwaarden van de polis moet onderhavige verklaring vergezeld zijn van een bewijs van medische vaststelling.

Geneeskundig getuigschrift

Naam van het slachtoffer: _____

Voornamen: _____

• Oorzaak van het ongeval: _____

• Beschrijving van de letsels: _____

• Voorgeschreven behandeling: _____

• Normale gezondheidstoestand: _____

• Gebreken die van vroeger dateren: _____

• Vermoedelijke gevolgen: _____

Vermoedelijke duur van de arbeidsonbekwaamheid: _____

Is ze volledig? Ja Neen

Kan uw patiënt zijn gewone bezigheden gedeeltelijk waarnemen? Ja Neen

Zo ja, in welke mate: _____

Op welke dag nam de arbeidsonbekwaamheid een aanvang: _____

Wanneer werd uw hulp voor het eerst ingeroepen: _____

Bijzondere opmerkingen: _____

Opgemaakt te _____, op _____

Handtekening van de geneesheer

