



Aangifte verwondingen en 'andere' materiële schade

Producent :
 Dossiernummer :
 Datum ongeval :
 Plaats ongeval :
 Toedracht / omstandigheden :

Dit is een belangrijk document!

Het is in uw belang dit document correct in te vullen en ons dit terug te zenden teneinde de afhandeling van dit dossier te bespoedigen. Wilt u ons bovendien alle bijkomende bewijsstukken over te maken zoals loonfiches, facturen, medische onkosten, afrekeningen van het ziekenfonds enz...

Deel I: Algemene inlichtingen (In te vullen door het slachtoffer)

Identiteit van het slachtoffer

Naam :
 Adres :

 Geboortedatum :
 Telefoonnummer thuis :
 Telefoonnummer werk :
 GSM :
 Mailadres :
 Bankrekeningnummer :

Burgerlijke staat : Ongehuwd/samenwonend Vrijgezel/alleenstaand
 Ongehuwd/inwonend bij ouders Vrijgezel/inwonend bij ouders
 Gehuwd Gescheiden/feitelijk gescheiden
 Weduwe/weduwnaar/alleenstaand Weduwe/weduwnaar/samenwonend

Samenstelling gezin

	Naam/voornaam	Geboortedatum	Ten laste		Inwonend	
			Ja	Nee	Ja	Nee
<input type="radio"/> Echtgeno(o)t(e)/ partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Kinderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ouders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Verwantschap met de bestuurder van het voertuig :

Lichamelijke schade

Aard van de kwetsuren :

Ziekenhuisopname in : (naam ziekenhuis) van tot

Volledig arbeidsongeschikt van tot



'Andere' materiële schade los van het voertuig (kledij, schade aan bagage enz...)

Omschrijving beschadigd goed

Datum aankoop

Oorspronkelijk betaalde prijs

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

Bezorgt u ons de aankoopfacturen van de beschadigde de goederen samen met een bestek voor de herstelling van de schade of nieuwe aankoop(bij totaal verlies)?

Aard van het ongeval

Aard : Privé-ongeval
 Arbeidsongeval
 Ongeval op weg van/naar het werk
 Ongeval op weg van/naar de school

Ziekenfonds : Naam :
Lidnummer :
Dossiernummer (indien al aangegeven) :

Arbeidsongevallenverzekeraar : Naam :
Lidnummer :
Dossiernummer (indien al aangegeven) :

Schoolverzekeraar : Naam :
Lidnummer :
Dossiernummer (indien al aangegeven) :

Bestuurders-/ongevallenverzekering : Naam :
Lidnummer :
Dossiernummer (indien al aangegeven) :

Hospitalisatieverzekering : Naam :
Lidnummer :
Dossiernummer (indien al aangegeven) :

Beroepsactiviteit/studies

Aard : Student/kind Gepensioneerde/bruggepensioneerde
 Arbeider Studentjob
 Werknemer Werkzoekende
 Zelfstandige Op ziekenfonds wegens ziekte
 Thuis

Werkgever :

- Bent u door de werkgever vergoed voor de periode van ongeschiktheid ? Ja Nee
- Voor welke periode van tot
- Bruto bedrag van de vergoeding : EUR

Beroep :

Stelsel : Voltijds Aantal uren per week :
 Deeltijds Aantal uren per week :

Bijberoep :

School :Richting :

Inkomsten

Samenstelling : Brutouurloon : EUR
 Brutoweekloon : EUR
 Brutomaandloon : EUR
 Premies : EUR
 Maaltijdcheques : EUR
 Bijkomende voordelen : EUR

Zelfstandige : Brutojaarinkomen : EUR
 Nettojaarinkomen : EUR

Inkomsten uit bijberoep : EUR

Bijkomende interessante info

Plaats in het voertuig : Bestuurder
 Passagier

Doet u reeds een beroep op huishoudelijke hulp ? Ja Nee
Zo ja, wie helpt u ? :

Deel 3: Volmacht tot inzage medische verslagen (in te vullen door het slachtoffer)

Dossiernummer :
Datum ongeval :
Plaats ongeval :

D.A.S. NV.

Hiermee geef ik, ondertekende, uitdrukkelijk de toestemming aan DAS N.V., om de betrokken diensten mijn persoonlijke medische gegevens te laten verwerken met het oog op een vlot beheer van het dossier.

Ik geef hier mee ook toestemming om mijn persoonlijke medische gegevens, in het kader van de behandeling van mijn dossier, door te geven aan organisaties waarmee DAS N.V. contractueel verbonden is, zoals de experts, advocaten, (her)verzekeraars, onderaannemers van D.A.S. of derden. Deze persoonlijke gegevens dienen uitsluitend voor de behandeling van juridische conflicten en het voorkomen van misbruik en fraude. Ik heb het recht op toegang tot mijn persoonsgegevens en op de verbetering ervan via aanvraag aan D.A.S. Lloyd Georgelaan 6, 1000 Brussel.

Ik, ondergetekende geef aan DAS N.V. in het kader van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens en de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, hierbij uitdrukkelijk de toestemming om bij derde betrokken partijen, o.m. de behandelende geneesheren, de verzekeringsondernemingen en hun raadsdokters, mijn medische gegevens en/of verslagen in het kader van een eenzijdig 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.

Ik ga ermee akkoord dat de verzekeringsnemer en de tussenpersoon inzage krijgen in de inhoud van het contract en de eventuele uitsluitingen.

(Gelezen en goedgekeurd)

(Handtekening)