



## LETSELS ALS GEVOLG VAN EEN ONGEVAL ALGEMENE INLICHTINGEN

Referentie van het dossier (vermeld in de bijgevoegde brief): \_\_\_\_\_

Datum, plaats en uur van het ongeval: \_\_\_\_\_

### 1. Gegevens van het slachtoffer

Naam en voorna(a)m(en) \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefoon thuis: \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Bankrekeningnummer: \_\_\_\_\_

### 2. Gegevens van de persoon die de aangifte doet (als deze niet het slachtoffer is)

Naam en voorna(a)m(en) \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefoon thuis: \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Link met het slachtoffer: \_\_\_\_\_

### 3. Gezinssituatie van het slachtoffer

Burgerlijke staat: vrijgezel - gehuwd – feitelijk samenwonend – wettelijk samenwonend - weduwe/weduwenaar - feitelijk gescheiden - gescheiden\*

Naam van de echtgeno(o)t(e)/partner: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Beroepssituatie van de echtgen(o)ot(e)/partner:

voltijds

deeltijds: \_\_\_\_\_ uren/week

#### Samenstelling van het gezin van het slachtoffer:

	Naam, voornaam	Geboortedatum	Ten laste	Inwonend/ samenwonend
Echtgeno(o)t(e)/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? \_\_\_\_\_

\* Doorhalen wat niet van toepassing is

#### 4. Beroepssituatie van het slachtoffer

Leed het slachtoffer een inkomensverlies als gevolg van het ongeval?  ja  neen

Zo ja, voeg dan het bewijs van het inkomen van de maand vóór het ongeval bij (bv. loonfiche).

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 het slachtoffer werknemer is:**

Naam en adres van de werkgever: \_\_\_\_\_

Stelsel	Voltijds	Deeltijds
Aantal uren/ week		

Loon	Bruto	Belastbaar	Netto
Per uur			
Maandelijks			
Jaarlijks			

Andere voordelen (premies, 13de maand, maaltijdcheques, ...): \_\_\_\_\_

• **Als het slachtoffer zelfstandige is: in**  **hoofdberoep**  **bijberoep**

	Aankruisen	Belastbare winsten	Bedrag van de vaste kosten
Bedrijfsleider van een vennootschap	<input type="checkbox"/>		
Eenmansbedrijf	<input type="checkbox"/>		
Zelfstandige actief als natuurlijk persoon	<input type="checkbox"/>		

Voeg het aanslagbiljet van de afgelopen drie jaren bij.

KBO-nummer: \_\_\_\_\_

• **Als het slachtoffer student is:**

Naam van de school: \_\_\_\_\_

Aard en duur van de studies: \_\_\_\_\_

Schooljaar op het ogenblik van het ongeval: \_\_\_\_\_

**5. Omstandigheden van het ongeval**

Gebeurde het ongeval:

- op het werk of op de weg van/naar het werk?
- in het schoolse kader of op de weg van/naar de school?
- in het kader van het privéleven?

• Wanneer het gaat om een ongeval op het werk of op de weg van/naar het werk:

Naam en adres van de arbeidsongevallenverzekeraar van de werkgever van het slachtoffer:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Wanneer het gaat om een ongeval in het schoolse kader of op de weg van/naar de school:

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Zijn er getuigen van het ongeval?  ja  neen

Zo ja, wat is hun identiteit (naam, voornaam en adres): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Gaat het om een ongeval met een fiets of een elektrische fiets?  ja  neen

Zo ja, wat is het merk en het type: \_\_\_\_\_

Zo ja, verplaatst deze zich op autonome wijze aan een snelheid van meer dan 25 km / u?  ja  neen

• Gaat het om een ongeval met een elektrisch verplaatsingstoestel (segway, hoverboard, monowheel, ...)?  ja  neen

Zo ja, wat is het merk en het type: \_\_\_\_\_

Zo ja, verplaatst deze zich op autonome wijze aan een snelheid van meer dan 25 km / u?  ja  neen

**1. Materiële gevolgen van het ongeval**

Beschrijving van de schade aan andere voorwerpen dan het voertuig. Voeg alle rechtvaardigingsstukken bij en bewaar de beschadigde voorwerpen.

Voorwerp	Beschrijving van de schade	Datum van aankoop	Aankoopbedrag (Schatting)

## 2. Lichamelijke gevolgen van het ongeval

Aard van de letsels: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bent u opgenomen in het ziekenhuis naar aanleiding van van het ongeval?  ja  neen

Naam van de huisarts en/of het ziekenhuis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In geval van hospitalisatie: Datum opname: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Datum ontslag: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Was het slachtoffer volledig arbeidsongeschikt?  ja  neen

Zo ja, van \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ tot \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Volgt het slachtoffer nog een behandeling?  ja  neen

Is het slachtoffer volledig genezen?  ja  neen Zo ja, sinds \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Voeg het document "Door de arts in te vullen medisch attest" bij.

## 6. Tussenkost van instellingen of verzekeraars

Over welke verzekeringen en dekkingen beschikt het slachtoffer? Preciseer in de tabel hieronder.

	Identiteit van de instelling/verzekeraar	Referentie
Arbeidsongevallenverzekeraar		
Verzekeraar BA Auto		
Verzekeraar medische kosten		
Hospitalisatieverzekeraar		
Ongevallenverzekeraar individueel		
Verzekeraar gewaarborgd inkomen		
Verzekeraar materiële schade		
Reisverzekeraar		
Ziekenfonds		
OCMW		
Andere		

Ziekenfonds (hier briefje kleven):

Heeft het slachtoffer een verzekeraar burgerlijke aansprakelijkheid privéleven/familiale verzekeraar?  ja  neen

Heeft het slachtoffer een rechtsbijstandsverzekeraar?  ja  neen

## 7. Opmerkingen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Deze vragenlijst is niet exhaustief. U wordt verzocht om alle andere nuttige of noodzakelijke inlichtingen betreffende uw ongeval mee te delen.**

De via dit document verkregen persoonsgegevens worden verwerkt door de verzekeraars voor wie dit document bestemd is; deze verzekeraars zijn de verantwoordelijken voor hun verwerking. De verwerking gebeurt voor de volgende doeleinden: het beheer van de in het onderwerp vermelde schadegevallen, in het bijzonder de vaststelling en de evaluatie van de lichamelijke schade van de ondergetekende zelf of van de persoon die hij vertegenwoordigt; het opsporen en voorkomen van fraude; de statistische verwerking van de gegevens.

Alleen voor de bovenvermelde doeleinden kunnen deze gegevens, indien nodig, meegedeeld worden aan andere verzekeringsondernemingen die betrokken zijn bij de vergoeding van de lichamelijke schade van de ondergetekende zelf of van de persoon die hij vertegenwoordigt, aan hun vertegenwoordigers in België, hun correspondenten in het buitenland, hun herverzekeraars, hun schaderegelingsbureaus, een expert, een advocaat, een technisch adviseur, de verzekeringstussenpersoon van de ondergetekende zelf of van de persoon die hij vertegenwoordigt en, meer algemeen, aan iedere persoon of entiteit die een verhaal instelt of tegen wie een verhaal ingesteld wordt in verband met de hierboven bedoelde lichamelijke schade.

De juridische grondslag voor de gegevensverwerking wordt gevormd door de verzekeringsovereenkomsten (rechtsbijstand (RB), burgerrechtelijke aansprakelijkheid (BA) of elke andere overeenkomst) en door de verplichting die de BA-overeenkomst voor de verzekeraar-verwerkingsverantwoordelijke meebrengt om, in voorkomend geval, de slachtoffers te vergoeden van lichamelijke schade die het gevolg is van het/de in het onderwerp vermelde schadegeval(len). Als deze vragenlijst niet adequaat zou worden ingevuld, kan de verzekeraar onmogelijk gevolg geven aan het verzoek om een tussenkomst. De verwerking berust bovendien op het gerechtvaardigde belang van de verzekeraar om verzekeringsfraude te voorkomen en om statistieken op te stellen.

De verantwoordelijke verzekeraar bewaart de gegevens voor de duur van het beheer van het schadegeval, die zal worden aangepast telkens wanneer de omstandigheden dit vereisen. Deze duur wordt verlengd met de verjaringstermijn, zodat de verzekeraar eventuele verhalen kan beantwoorden die na de afsluiting van het schadedossier zouden worden ingesteld.

De betrokken personen kunnen van deze gegevens kennisnemen en kunnen ze zo nodig laten rechtzetten aan de hand van een gedagtekend en ondertekend verzoek, vergezeld van een recto-versokopie van de identiteitskaart, gericht aan de verzekeraar die hen ondervraagd heeft. Volgens dezelfde voorwaarden en binnen de grenzen die zijn bepaald in de Algemene Verordening Gegevensbescherming, kunnen de betrokkenen zich bovendien verzetten tegen de verwerking van de gegevens of kunnen zij om een beperkte verwerking van de gegevens vragen. Zij kunnen ook vragen om de gegevens die op hen betrekking hebben te wissen of over te dragen.

Meer informatie hierover, evenals de contactgegevens van de functionaris voor gegevensbescherming (Data Protection Officer) zijn bij dezelfde verzekeraar verkrijgbaar.

Klachten kunnen in voorkomend geval bij de Gegevensbeschermingsautoriteit worden ingediend.

In het kader van de vergoedingsprocedure is de verzekeraar verplicht om de "Gedragsregels schaderegeling: de omgang met slachtoffers van zware ongevallen" na te leven. Deze zijn te raadplegen op de website [www.assuralia.be](http://www.assuralia.be). Elke klacht betreffende de correcte toepassing door de verzekeringsonderneming van deze gedragsregels wordt door het slachtoffer gericht aan de klachtendienst van de betrokken verzekeringsonderneming, zoals bepaald in de gedragsregels voor klachtenbehandeling in de verzekeringsondernemingen (beschikbaar op [www.assuralia.be](http://www.assuralia.be)). Is het slachtoffer niet tevreden met het antwoord van deze dienst, dan kan hij of zij vervolgens met zijn klacht terecht bij de Ombudsman van de verzekeringen via [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as).

Door dit vakje aan te vinken, stemt de ondergetekende in met de verwerking van gegevens met betrekking tot zijn eigen gezondheid of de gezondheid van de persoon die hij vertegenwoordigt, wanneer deze noodzakelijk zijn voor het beheer van het in het onderwerp vermelde schadegeval. De ondergetekende stemt ermee in dat de verwerking van de gegevens betreffende zijn eigen gezondheid of die van de persoon die hij vertegenwoordigt, mag gebeuren buiten de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg. De ondergetekende stemt in met een eventueel medisch onderzoek.

Deze toestemming kan op elk moment worden ingetrokken. Bij intrekking van de toestemming kan de verzekeraar onmogelijk gevolg geven aan het verzoek om een tussenkomst.

De bovenvermelde gezondheidsgegevens worden met de grootst mogelijke discretie en uitsluitend door de hiertoe gemachtigde personen verwerkt.

DATUM

HANDTEKENING VAN HET SLACHTOFFER OF ZIJN VERTEGENWOORDIGER<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kan het slachtoffer het document niet zelf ondertekenen, vermeld dan de reden hiervoor.

In te vullen door uw arts  
**MEDISCH ATTEST**

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde,

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

verklaart dat :

Naam en voornaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

het slachtoffer geworden is van een ongeval op (datum) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ te (plaats) \_\_\_\_\_

**Gevolgen van het ongeval**

• Eerste raadpleging in verband met het ongeval (datum en uur): \_\_\_\_\_

• Beschrijving van de aard van de blessures: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Is het slachtoffer in het ziekenhuis opgenomen  ja  neen

Zo ja, van \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ tot \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inbegrepen

• Het slachtoffer is  nog in behandeling

genezen sinds \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

• Is het slachtoffer tijdelijk onbekwaam om zijn/haar dagelijkse taken uit te oefenen (werk, studies, huishoudelijke taken,...)?  ja  neen

Periodes en percentages van onbekwaamheid:

van \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ tot \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inbegrepen tegen \_\_\_\_ %

van \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ tot \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inbegrepen tegen \_\_\_\_ %

van \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ tot \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inbegrepen tegen \_\_\_\_ %

van \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ tot \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inbegrepen tegen \_\_\_\_ %

• Zal het slachtoffer volledig herstellen?  ja  neen

Zo ja, op (datum) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

• Valt een blijvende invaliditeit/ongeschiktheid te verwachten?  ja  neen

• Bijkomende inlichtingen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Opgemaakt op (datum): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

te \_\_\_\_\_

Handtekening en hoedanigheid van de arts

## OVERZICHT VAN DE MEDISCHE KOSTEN

Referentie/nummer dossier: \_\_\_\_\_

Datum van het ongeval: \_\_\_\_\_

Plaats van het ongeval: \_\_\_\_\_

Naam en voornaam van de patiënt: \_\_\_\_\_

Stuk nr.	Datum	Betaald bedrag	Tussenkost ziekenfonds	Tussenkost andere verzekeraars	Bedrag dat ten laste blijft
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

**Belangrijk:** indien mogelijk, alle stukken nummers en toevoegen (attesten van medische verzorging ingevuld door de arts en het ziekenfonds, ziekenhuisfacturen, attesten van farmaceutische producten afgeleverd door uw apotheker (B.V.A.C),...)

## ATTEST INKOMENSVERLIES

Referentie/nummer dossier: \_\_\_\_\_

Datum van het ongeval: \_\_\_\_\_

Plaats van het ongeval: \_\_\_\_\_

De ondergetekende (werkgever/sociaal secretariaat)

Naam en voornaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

verklaart dat :

Naam en voornaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

1) voor hem werkt als ARBEIDER/BEDIENDE/AMBETNAAR (schrappen wat niet past) en het slachtoffer geweest is van een ongeval met als gevolg

een totale ongeschiktheid van (datum) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ tot \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inbegrepen

een gedeeltelijke ongeschiktheid van \_\_\_\_% van (datum) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ tot \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inbegrepen

een werkhervatting sinds \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2) een netto-inkomen zou ontvangen hebben van \_\_\_\_\_euro, mocht hij/zij geen arbeidsongeschiktheid ondergaan hebben tijdens deze periode

3) ten gevolge van de aan het ongeval te wijten arbeidsongeschiktheid een netto gewaarborgd inkomen (wekelijks/maandelijks) van

(bedrag) \_\_\_\_\_ euro ontvangen heeft van (datum) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ tot \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inbegrepen

(bedrag) \_\_\_\_\_ euro ontvangen heeft van (datum) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ tot \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inbegrepen

(bedrag) \_\_\_\_\_ euro ontvangen heeft van (datum) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ tot \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inbegrepen

(bedrag) \_\_\_\_\_ euro ontvangen heeft van (datum) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ tot \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ inbegrepen

4) Ten gevolge van de aan het ongeval te wijten arbeidsongeschiktheid heeft, lijdt hij een verlies van (bedrag \_\_\_\_\_ euro aan maaltijdcheques, premies, ...

Opgemaakt op (datum): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Te \_\_\_\_\_

Handtekening en stempel van de werkgever/sociaal secretariaat



## ATTEST KOSTEN VOOR VERPLAATSING EN PARKING

Referentie/nummer dossier: \_\_\_\_\_

Datum van het ongeval: \_\_\_\_\_

Plaats van het ongeval: \_\_\_\_\_

Naam en voornaam van het slachtoffer: \_\_\_\_\_

Stuk nr.	Datum	Reden en plaats van de verplaatsing	Aantal km als verplaatsing met de auto (heen en terug)	Kosten openbaar vervoer en parkingkosten
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

**Belangrijk: alle stukken nummers en bijvoegen (parkingticket, treinticket of ander openbaar vervoer, attest van raadpleging,... en alle documenten die uw verplaatsing bewijzen)**