

# aangifteformulier INDIVIDUELE VERZEKERING



Dossiernummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(voorbehouden aan Ethias)

Polisnummer \_\_\_\_\_

Terug te sturen naar: Ethias - Zetel voor Vlaanderen  
Prins-Bisschopssingel 73, 3500 Hasselt  
Tel. 011 28 21 11 - Fax 011 28 20 20

[A] in te vullen door de aangever

## 1 IDENTITEIT VAN DE VERZEKERINGSNEMER

Naam \_\_\_\_\_ Voornaam \_\_\_\_\_  
Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam

Straat \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bus \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Gemeente \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Cliëntnr. \_\_\_\_\_  
(indien reeds cliënt bij Ethias)

Rekeningnummer \_\_\_\_\_

Rijksregisternummer \_\_\_\_\_

Tel. nr. privé \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Gsm \_\_\_\_\_ Tel. nr. op het werk \_\_\_\_\_

Beroep \_\_\_\_\_

## 2 IDENTITEIT VAN HET SLACHTOFFER (zo het om iemand anders dan de verzekeringnemer gaat)

Naam \_\_\_\_\_ Voornaam \_\_\_\_\_  
Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam

Straat \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bus \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Gemeente \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Cliëntnr. \_\_\_\_\_  
(indien reeds cliënt bij Ethias)

Rekeningnummer \_\_\_\_\_

Rijksregisternummer \_\_\_\_\_

Tel. nr. privé \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Gsm \_\_\_\_\_ Tel. nr. op het werk \_\_\_\_\_

Beroep \_\_\_\_\_

## 3 GEGEVENS VAN HET ONGEVAL

Datum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Dag \_\_\_\_\_ Uur \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

## 4 BEZIGHEID VAN HET SLACHTOFFER OP HET OGENBLIK VAN HET ONGEVAL

\_\_\_\_\_

5

**BESCHRIJVING VAN HET ONGEVAL** (oorzaken, omstandigheden en gevolgen, opgelopen verwondingen en/of schade)  
**SCHETS** (bij te voegen indien het een verkeersongeval betreft)

6

**BETROKKENHEID ANDERE PARTIJEN**

Naam  Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam Voornaam

Straat  nr.  bus

Postcode  Gemeente

Verzekeringsmaatschappij .....

Polisnummer .....

Werd er een vaststelling gedaan door een verbaliserende autoriteit?  Ja  Neen

Zo ja, door wie? .....

Eventueel nummer van proces-verbaal .....

7

**GETUIGENISSEN**

- a) Naam en adres van de getuigen van het ongeval .....
- b) Zo er geen getuige is, naam en adres van de personen die getuige waren van de toestand en de klachten van de gewonde, onmiddellijk na het ongeval .....
- c) Bij ontbreken van getuigen a) en b), wanneer en door wie heeft u kennis gekregen van het ongeval? .....

8

**ANDERE NUTTIGE INFORMATIE OMTRENT HET SLACHTOFFER**

- a) Heeft het slachtoffer een polis gezins aansprakelijkheid. Zo ja, bij welke maatschappij?  
Verzekeringsmaatschappij ..... Polisnummer .....
- b) Is het slachtoffer aangesloten bij een sportclub en zo ja, bij welke?  
Naam van de club .....
- Bij welke maatschappij heeft deze club een verzekering afgesloten?  
Verzekeringsmaatschappij ..... Polisnummer .....
- c) Is het slachtoffer arbeidsongeschikt? Zo ja, vanaf wanneer?  Ja  Neen
- Datum  .  .

Opgemaakt te ..... op .....

Handtekening van de aanvrager

## [B] bericht aan slachtoffers van een lichamelijk ongeval

- 1) U werd slachtoffer van een ongeval waarvoor Ethias optreedt als verzekeraar.
- 2) Het verzekeringscontract voorziet in terugbetaling van de behandelingskosten met verwijzing naar het RIZIV-barema tot beloop van het eventuele overschot na tegemoetkoming van het ziekenfonds. Behoudens uitzondering komen slechts de in het ziekte- en invaliditeitsverzekeringsbarema voorziene prestaties in aanmerking voor vergoeding.
- 3) In toepassing van de wet moeten de geneesheren en ziekenhuizen aan de patiënten om betaling van de gewone verstrekkingen verzoeken en de getuigschriften voor verstrekte hulp, bestemd voor het ziekenfonds, afleveren.
- 4) Op vertoon van de stavingsstukken en van de afrekening van het ziekenfonds vergoedt Ethias haar tegemoetkoming op de door de rechthebbenden gewenste wijze (rekeningnummer).
- 5) Het slachtoffer heeft vrijheid van keuze van arts of ziekenhuis ongeacht welke dokter of ziekenhuis de eerste verzorging heeft toegediend.

### BELANGRIJK

Gelieve hiernavolgende rubriek in te vullen of een kleeftbriefje van uw ziekenfonds aan te brengen en de hiernavolgende verklaring aangaande de medische gegevens te ondertekenen.

Naam van de titularis	_____	Voornaam	_____
Verzekeringstelling	_____		
Inschrijvingsnummer	_____		

**Opgelet:** de wet van 9 augustus 1963 legt iedereen de verplichting op zich bij een ziekenfonds aan te sluiten. Zo dit voor u echter niet het geval zou zijn, gelieve hierna uw beweegredenen uiteen te zetten

.....

.....

.....

Ethias verzamelt uw persoonsgegevens voor de evaluatie van het risico, het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen, voor het promoten van haar diensten en voor het voeren van getrouwheidsacties. Uw persoonsgegevens kunnen voor commerciële doeleinden doorgegeven worden aan de ondernemingen die deel uitmaken van de Ethias groep. U hebt het recht om uw persoonsgegevens in te kijken, om eventuele correcties te laten aanbrengen en om u gratis te verzetten tegen het gebruik ervan voor commerciële doeleinden. Verzet u zich tegen dit gebruik?.....

Bij het afsluiten van een verzekeringsovereenkomst stemt u er mee in dat Ethias, in het kader van het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen, de persoonsgegevens eventueel meedeelt aan het E.S.V. Datassur (Datassur, dienst « bestanden », de Meeûsquare 29 te 1000 Brussel).

De gezondheidsgegevens zullen verwerkt worden voor de aanvaarding van de risico's onderschreven bij Ethias, het bepalen van de omvang van de waarborgen en het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen. Deze gegevens zullen beheerd worden door de daartoe bij Ethias gemachtigde personen. U kan op ieder ogenblik uw toestemming tot het verwerken van deze gegevens door de hoger vermelde personen intrekken.

Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst of over het beheer van een schadegeval kan worden gericht aan:

- Ethias – Dienst 2260 Prins-Bisschopssingel 73 3500 Hasselt fax 011 28 25 60 klachtenbeheer@ethias.be
- Ombudsdienst Verzekeringen – de Meeûsquare 35 1000 Brussel fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as

Opgemaakt te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_

Ik machtig Ethias mijn gezondheidsgegevens (of die van mijn kind) te verwerken

**Handtekening**

1) Naam van de geneesheer \_\_\_\_\_ (in drukletters a.u.b.)      Voornaam \_\_\_\_\_  
Adres .....

2) Naam van het slachtoffer \_\_\_\_\_      Voornaam \_\_\_\_\_  
Adres .....

3) Datum van het ongeval      \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

4) Datum en uur van het eerste geneeskundig onderzoek      \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ uur

5) Verwondingen (de aard der verwondingen en de getroffen lichaamsdelen vermelden) .....

.....

.....

.....

.....

6) Waar wordt het slachtoffer verzorgd? .....

7) Kan het slachtoffer zich verplaatsen?       Ja     Neen

8) Waarschijnlijke duur van de behandeling .....

9) Waarschijnlijke gevolgen van het ongeval .....

10) Is u van mening dat de vastgestelde verwonding het gevolg kan zijn van het in rubriek A. 5 vermelde ongeval?       Ja     Neen

11) Kan er hier sprake zijn van een vroegere toestand (gebrekkigheden, kwalen of ziekten) waardoor verwickelingen te vrezen zijn?  
Zo ja, welke? .....

12) a. Werd er overgegaan tot een heelkundige ingreep?       Ja     Neen  
Zo ja, welke? .....

In welke inrichting en door welke chirurg? .....

b. Werd er overgegaan tot een radiografisch onderzoek van diagnose en/of controle?       Ja     Neen  
Door welke radioloog? .....

c. Wenst u tussenkomst van een specialist?       Ja     Neen

13) Opmerkingen .....

.....

.....

Opgemaakt te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_

**Handtekening**