

Formulieren Schadebeheer / Formulaire Gestion de sinistres

gegevens / données

ons kenmerk / notre référence:
datum ongeval / date d'accident:
slachtoffer / victime:

documenten / documents

Ga naar het gewenste formulier hieronder in de tabel en klik op de gewenste taal.
Het gekozen formulier wordt uitgeprint.

Sélectionnez le formulaire souhaité dans le tableau ci-dessous et cliquez sur la langue de votre choix.
Le formulaire choisi sera imprimé.

- **Volledig pakket medische attesten /
La gamme complète des certificats médicaux.**

[NL / NE](#) [FR](#) [DU/AL](#)

- **Afzonderlijke attesten / certificats individuels**

- Attest algemene inlichtingen /
Renseignements généraux

[NL / NE](#) [FR](#) [DU/AL](#)

- Medisch attest / Certificat médical

[NL / NE](#) [FR](#) [DU/AL](#)

- Attest verplaatsings- en parkeerkosten /
Frais de déplacement et de stationnement : attestation

[NL / NE](#) [FR](#) [DU/AL](#)

- Attest gebruik medische gegevens /
Utilisation des données médicales : autorisation

[NL / NE](#) [FR](#) [DU/AL](#)

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
.....	-- - - - -	<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

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
<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> 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

___ - ___ - ___

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

.....

Renseignements généraux

notre référence:
date de l'accident:
victime:

Coordonnées de la victime

nom et prénom

date de naissance

.....

-- - -- - --

adresse

.....

état civil

numéro de compte IBAN

.....

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□

téléphone

GSM

adresse e-mail

.....

Qui habite également a cette adresse?

nom et prénom

relation

date de naissance

profession

.....

.....

-- - -- - --

.....

.....

.....

-- - -- - --

.....

.....

.....

-- - -- - --

.....

.....

.....

-- - -- - --

.....

Accident survenu au travail, sur le chemin du travail ou sur le chemin de l'école?

nom de l'assureur

numéro de la police

non oui

.....

.....

Profession et revenus de la victime

ouvrier

salaire horaire brut

nombre d'heures par semaine

primes/chèques-repas

employé

salaire mensuel brut

primes/chèques-repas

indépendant

activité

revenus (cf. avertissement-extr.rôle)

demandeur d'emploi

allocations de chômage

retraité(e)

montant de la pension

homme/femme au foyer étudiant(e)

autre

.....

Dégats matériels

Joignez les preuves d'achat ou indiquez la date et le prix d'achat des vêtements ou objets endommagés. Joignez si possible des photos des objets endommagés.

objet endommagé	date d'achat	prix d'achat	justificatifs joints
.....	-- - - - -	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
.....	-- - - - -	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
.....	-- - - - -	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
.....	-- - - - -	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

assureurs

Une autre compagnie d'assurances intervient-elle dans les frais médicaux et/ou la perte de revenus (revenu garanti, hospitalisation, accidents corporels, ...) ?

<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	quelle assureur	numéro de police ou de dossier
	franchise	

mutuelle

nom de la mutuelle	numéro d'affiliation
-----------------------------	-------------------------------

date

-- - - - -

signature

.....

Certificat médical

notre référence:
date d'accident:
victime:

Description des lésions au moment de l'accident

Après l'accident, j'ai examiné la victime pour la première fois le ___ - ___ - ___ à _____ heures.

La victime a-t-elle été hospitalisée?

non oui: du ___ - ___ - ___ au ___ - ___ - ___ inclus

Degrés et périodes d'incapacité

A compléter même si la victime n'exerce aucune activité professionnelle (étudiant, femme/homme au foyer, retraite, chômeur,...)

..... % du ___ - ___ - ___ au ___ - ___ - ___ inclus

..... % du ___ - ___ - ___ au ___ - ___ - ___ inclus

..... % du ___ - ___ - ___ au ___ - ___ - ___ inclus

..... % du ___ - ___ - ___ au ___ - ___ - ___ inclus

..... % du ___ - ___ - ___ au ___ - ___ - ___ inclus

Description de l'état actuel

pas encore guéri(e). Motif:

guérison complète prévue à partir du ___ - ___ - ___

entièrement guéri(e) depuis le ___ - ___ - ___ **sans** séquelles

entièrement guéri(e) depuis le ___ - ___ - ___ **avec** séquelles

Description des séquelles :

date

cachet et signature du médecin

___ - ___ - ___

Utilisation des données médicales : autorisation

notre référence :

date d'accident :

victime :

KBC Assurances SA, Prof. R. Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven utilise les données médicales que vous lui communiquez à titre de personne concernée – preneur d'assurance, personne assurée ou tiers lésé - par le biais de ce formulaire dans le but de souscrire, de gérer ou d'exécuter l'assurance.

Les données médicales sont toutes les données personnelles qui concernent l'état de santé physique ou psychique antérieur, actuel ou futur de la personne concernée et qui ont un lien direct avec l'état de santé de la personne concernée. L'accès aux données médicales est limité aux catégories de personnes qui en ont besoin aux fins mentionnées. Vous pouvez en obtenir une liste sur simple demande. Vous avez également le droit de demander à consulter les données médicales vous concernant. Si, malgré tout, des inexactitudes devaient apparaître dans les données médicales, vous pouvez bien entendu demander leur rectification. Dans tous les cas, vous devez adresser votre demande écrite en ce sens au Service gestion des plaintes KBC, Brusselsesteenweg 100, 3000 Leuven.

Pour des questions générales relatives au respect de la vie privée, vous pouvez vous adresser à la Commission de la protection de la vie privée (www.privacycommission.be).

Par la présente, le soussigné déclare par écrit autoriser librement, sur la base des informations communiquées, KBC Assurances à utiliser ses données médicales conformément à la présente clause relative à la vie privée. Le représentant légal intervient au nom de la personne incapable (un mineur d'âge, par exemple) qu'il représente.

date

signature

- - - - -

.....

prénom et nom

.....

Allgemeine Auskünfte

Unser Zeichen:
Schadensdatum:
Opfer:

Angaben zum Opfer

Name und Vorname

Geburtsdatum

.....

-- - - - -

Adresse

.....

Familienstand

IBAN Kontonummer

.....

|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

Telefon

Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

.....

Wer wohnt noch an dieser Adresse?

Name und Vorname

Beziehung

Geburtsdatum

Beruf

.....

.....

-- - - - -

.....

.....

.....

-- - - - -

.....

.....

.....

-- - - - -

.....

.....

.....

-- - - - -

.....

Hat der Unfall sich auf der Arbeit bzw. Dem Arbeitsweg oder auf dem Schulweg ereignet?

Name des Versicherers

Police-Nummer

nein ja

.....

.....

Beruf und Einkommen des Opfers

Arbeiter(in)

Bruttostundenlohn

Anzahl Stunden pro Woche

Prämien/Mahlzeitschecks

Angestellte(r)

Bruttostundenlohn

Prämien/Mahlzeitschecks

Selbstständige(r)

Tätigkeit

Einkünfte laut Steuerbescheid

Arbeitsuchende(r)

Arbeitslosengeld

Rentner

Rente

Hausfrau/-mann Student

Andere

.....

Sachschaden

Fügen Sie die Kaufbelege hinzu oder geben Sie das Kaufdatum und den Kaufpreis der Beschädigten Kleidung oder Sachen an. Fügen Sie wenn möglich Fotos von den beschädigten Sachen hinzu.

Beschädigten Sachen	Kaufdatum	Kaufpreis	Kaufbelege hinzu
.....	-- - - - -	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
.....	-- - - - -	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
.....	-- - - - -	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
.....	-- - - - -	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Versicherer

Gewährt eine andere Versicherungsgesellschaft eine Ersatzleistung für die Heilkosten und/oder den Einkommensverlust

	Welche Versicherer	Policennummer oder Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

	Franchise	
	

Krankenkasse

Name der Krankenkasse	Mitgliedsnummer
.....

Datum

-- - - - -

Unterschrift

.....

Ärztliches Attest

Unser Zeichen:
Schadensdatum:
Opfer:

Beschreibung der Verletzungen zum Unfallzeitpunkt

Ich habe das Opfer nach dem Unfall erstmals am __ - __ - ____ um Uhr untersucht.

Wurde das Opfer in ein Krankenhaus aufgenommen?

nein ja: vom __ - __ - ____ bis einschließlich __ - __ - ____

Grad und Zeitspannen der verminderten Erwerbsfähigkeit

Bitte auch ausfüllen, wenn keine Berufstätigkeit ausgeübt wird (Studenten, Hausfrau/-mann, Rentner, Arbeitslose usw. ...)

..... % Ab dem __ - __ - ____ bis einschließlich __ - __ - ____
..... % Ab dem __ - __ - ____ bis einschließlich __ - __ - ____
..... % Ab dem __ - __ - ____ bis einschließlich __ - __ - ____
..... % Ab dem __ - __ - ____ bis einschließlich __ - __ - ____
..... % Ab dem __ - __ - ____ bis einschließlich __ - __ - ____

Beschreibung des heutigen Zustandes

Noch nicht geheilt, denn:

Vollständige Genesung voraussichtlich ab dem __ - __ - ____

Vollständig genesen seit __ - __ - ____ **Keine** Dauerschäden

Vollständig genesen seit __ - __ - ____ **Mit** Dauerschäden

Beschreibung Dauerschaden:

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

__ - __ - ____

Zustimmung zur Verwendung von medizinischen Angaben

Unser Zeichen:
Schadensdatum:
Opfer:

KBC Versicherungen AG, Prof. R. Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven, verwendet die Gesundheitsdaten, die Sie ihr als Beteiligter - Versicherungsnehmer, Versicherter oder geschädigter Dritter – in diesem Formular zur Verfügung stellen, für den Abschluss, die Verwaltung oder Ausführung der Versicherung.

Gesundheitsdaten sind alle personenbezogenen Daten, die sich auf den früheren, heutigen oder künftigen körperlichen oder psychischen Gesundheitszustand des Beteiligten beziehen und einen direkten Bezug zu seinem Gesundheitszustand haben.

Der Zugriff auf die Gesundheitsdaten ist auf die Gruppe von Personen beschränkt, die diese für die obengenannten Zwecke benötigen. Sie erhalten auf Antrag eine Liste. Sie sind auch berechtigt, die Mitteilung der Sie betreffenden Gesundheitsdaten zu verlangen. Sollten die Gesundheitsdaten trotzdem Ungenauigkeiten enthalten, kennen Sie diese selbstverständlich berichtigen lassen. In allen Fällen richten Sie Ihre Frage schriftlich an die KBC-Beschwerdemanagement, Brusselssesteenweg 100, 3000 Leuven.

Bitte senden Sie dieses Formular, um die Aufmerksamkeit des Arztes der KBC Versicherungen..

Allgemeine Fragen zum Schutz des Privatlebens kennen Sie an den Ausschuss für den Schutz des Privatlebens richten (www.privacycommission.be).

Der Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass er in Kenntnis der Sachlage KBC Versicherungen schriftlich seine freie Zustimmung gibt, seine Gesundheitsdaten entsprechend dieser Datenschutzerklärung zu verwenden. Der gesetzliche Vertreter tritt für die geschäftsunfähige Person (beispielsweise ein Minderjähriger), die er vertritt, auf.

Datum

Unterschrift

— — - — - — — — — —

Vorname und Name