

**Schademelding**

*Ongevallenverzekering*

VERTROUWELIJK

Contract n° : .....  
 Maatschappijcode : .....  
 Schadegeval n° : .....

Briefwisseling sturen naar :             producent             verzekerde             verzekeringsnemer

Producent / rekening n° : .....      Referte van de producent : .....  
 Benaming : .....  
 Woonplaats : .....      Tel. : .....      Fax : .....

**Dit document moet door de verzekerde zo volledig mogelijk ingevuld worden en onmiddellijk teruggestuurd worden naar AG Insurance , ter attentie van de adviserende geneesheer.**

**Verzekeringnemer**

Naam en Voornaam of benaming : .....  
 Woonplaats (gemeente, straat, nr.,bus) : .....  
 Tél. en/of GSM : .....  
 Fax : .....  
 e-mail : .....

**Verzekerde**

Naam en Voornaam of benaming : .....  
 Woonplaats (gemeente, straat, nr.,bus) : .....  
 Tél. en/of GSM : .....  
 Fax : .....  
 e-mail : .....  
 Plaats en datum van geboorte : .....  
 Beroep : .....  
 Post- of bankrekening : .....      op naam van : .....

**Ziekenfonds (vragen beantwoorden of mutualiteitsstrookje opkleven)**

Is de verzekerde aangesloten bij een ziekenfonds :  
     - voor de kleine risico's ?       JA  NEEN  
     - voor de grote risico's ?       JA  NEEN

Aansluitingsnummer : .....  
 Benaming en adres : .....

**Betaling**

Medische kosten en vergoedingen moeten betaald worden aan :     producent     verzekerde     verzekeringsnemer  
 Betaling op :     producent rekening             bankrekening nummer .....

## Ongeval

### 1 Situering en beschrijving van het voorval

Datum : op ....., om ..... uur

Juiste plaats van het ongeval : .....

Zo volledig mogelijke beschrijving van de omstandigheden en de oorzaken van het ongeval .....

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

2 Oefende het slachtoffer zijn beroep uit op het ogenblik van de feiten? JA  NEEN

3 Zijn er getuigen van het voorval? JA  NEEN

Zo ja, Naam, Voornaam, adres en telefoonnummer:

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

4 Welke zijn de gevolgen van het ongeval ?

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

5 Werd er een proces-verbaal opgemaakt? JA  NEEN

Zo ja,

Identiteit van verbaliserende overheid? .....

Opgesteld op .....

PV n° .....

6 Indien het slachtoffer minderjarig is :

Naam, voornamen en volledig adres van het gezinshoofd (of voogd) :

.....  
.....

7 Bestaat er een verzekeringspolis bij een andere maatschappij voor hetzelfde risico? JA  NEEN

Zo ja, benaming van de maatschappij, polisnummer en aard van verzekering: .....

.....

Ik, ondergetekende, bevestig dat de voorgaande antwoorden volledig zijn en met de waarheid overeenstemmen.

Ik verbind er mij toe bij derden (behandelende artsen, verpleeginrichtingen, instellingen van sociale verzekeringen, andere verzekeringsmaatschappijen, overheid, enz...) alle inlichtingen in te winnen aangaande de overkomen ziekten, ongevallen en aandoeningen en deze te verstrekken aan de adviserende arts van de verzekeraar.

Ik ben akkoord dat AG Insurance bovenvermelde gegevens, mits naleving van de Belgische privacy-wetgeving, met het oog op en binnen het kader van het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten in het algemeen, met inbegrip van het opmaken van statistieken, kan verwerken.

De gegevens die de gezondheid betreffen worden enkel verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg en de toegang tot deze gegevens is beperkt tot die personen die ze nodig hebben voor de uitoefening van hun taken.

AG Insurance zal deze gegevens niet meedelen aan derden. Ik ben evenwel akkoord dat AG Insurance deze gegevens mededeelt voor zover hiertoe in het haar hoofde een wettelijke of contractuele verplichting of een gewettigd belang bestaat.

De betrokken persoon beschikt over een individueel recht van toegang tot de gegevens en van verbetering ervan bij AG Insurance.

Opgemaakte te, ..... op .....

De verzekeringsproducent

De verzekerde