

Aangifte ziekte of ongeval met lichamelijk letsel

WIT = ingevuld te bezorgen aan Baloise Insurance binnen 8 dagen te rekenen vanaf de dag van het ongeval

ROZE = exemplaar voor de getroffene

GEEL = ingevuld terug te sturen naar de raadgevende geneesheer van Baloise Insurance binnen 8 dagen (eveneens door de behandelende geneesheer laten invullen)

Gegevens over de ziekte of het ongeval

| | | | |
|----------------------|--------------------------------------|------------------------|----------------------|
| Polisreferentie | <input type="text"/> | Dossiernr. | <input type="text"/> |
| Datum ongeval/ziekte | <input type="text"/> | om | <input type="text"/> |
| | | uur | <input type="text"/> |
| Plaats ongeval | <input type="text"/> | | |
| Nr. bemiddelaar | <input type="text"/> | Naam bemiddelaar | <input type="text"/> |
| Briefwisseling aan: | <input type="checkbox"/> bemiddelaar | Referentie bemiddelaar | <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> klant | Referentie klant | <input type="text"/> |

Verzekeringnemer

| | | | | |
|---|----------|---|-----------|--|
| Voor bestaande klanten: | klantnr. | <input type="text"/> | Polisref. | <input type="text"/> |
| Naam en voornaam of firmanaam <input type="text"/> | | | | |
| Straat | | <input type="text"/> | | Nr. <input type="text"/> |
| Postnr. | | <input type="text"/> | | Bus <input type="text"/> |
| Gemeente | | <input type="text"/> | | Land <input type="text"/> |
| Geboortedatum | | <input type="text"/> | | Geboorteplaats <input type="text"/> |
| Tel./gsm | | <input type="text"/> | | Fax <input type="text"/> |
| Taal: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F | | Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V | | |
| Financiële rekening: BIC | | <input type="text"/> | | Nationaal nr. <input type="text"/> |
| IBAN | | <input type="text"/> | | |
| BTW-plichtig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | | Ondernemingsnr. <input type="text"/> | | Aftrekpercentage <input type="text"/> % |
| RPR | | <input type="text"/> | | Beroep of bedrijfstak <input type="text"/> |

Getroffene

| | | | | |
|---|----------|---|-----------|--|
| Voor bestaande klanten: | klantnr. | <input type="text"/> | Polisref. | <input type="text"/> |
| Naam en voornaam of firmanaam <input type="text"/> | | | | |
| Straat | | <input type="text"/> | | Nr. <input type="text"/> |
| Postnr. | | <input type="text"/> | | Bus <input type="text"/> |
| Gemeente | | <input type="text"/> | | Land <input type="text"/> |
| Geboortedatum | | <input type="text"/> | | Geboorteplaats <input type="text"/> |
| Tel./gsm | | <input type="text"/> | | Fax <input type="text"/> |
| Taal: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F | | Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V | | |
| Financiële rekening: BIC | | <input type="text"/> | | Nationaal nr. <input type="text"/> |
| IBAN | | <input type="text"/> | | |
| BTW-plichtig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | | Ondernemingsnr. <input type="text"/> | | Aftrekpercentage <input type="text"/> % |
| RPR | | <input type="text"/> | | Beroep of bedrijfstak <input type="text"/> |
| Voor kinderen: naam van de vader en/of de moeder <input type="text"/> | | | | |

Tegenpartij

| | | | | |
|---|----------|---|-----------|--|
| Voor bestaande klanten: | klantnr. | <input type="text"/> | Polisref. | <input type="text"/> |
| Naam en voornaam of firmanaam <input type="text"/> | | | | |
| Straat | | <input type="text"/> | | Nr. <input type="text"/> |
| Postnr. | | <input type="text"/> | | Bus <input type="text"/> |
| Gemeente | | <input type="text"/> | | Land <input type="text"/> |
| Geboortedatum | | <input type="text"/> | | Geboorteplaats <input type="text"/> |
| Tel./gsm | | <input type="text"/> | | Fax <input type="text"/> |
| Taal: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F | | Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V | | |
| Financiële rekening: BIC | | <input type="text"/> | | Nationaal nr. <input type="text"/> |
| IBAN | | <input type="text"/> | | |
| BTW-plichtig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | | Ondernemingsnr. <input type="text"/> | | Aftrekpercentage <input type="text"/> % |
| RPR | | <input type="text"/> | | Beroep of bedrijfstak <input type="text"/> |
| Verzekeringsmaatschappij en polisreferentie <input type="text"/> | | | | |
| Voertuig <input type="text"/> | | | | |

Samenloop van verzekeringen

Bezit u nog andere polissen die u waarborgen tegen enige schade in verband met dit ongeval of deze ziekte?

Ja Neen

Welke? (vermeld eveneens naam van de verzekeraar en polisreferentie): _____

Omstandigheden

Beschrijf de omstandigheden van de ziekte of het ongeval: _____

Aard van de kwetsuren of ziekte: _____

Verklaringen

U verklaart zich akkoord met de bepalingen vermeld op de achterzijde van het roze exemplaar dat voor u bestemd is.

Gedaan in _____, op _____

Handtekening getroffene*

*Indien de getroffene minderjarig is, tekent een van de ouders of de wettelijke voogd. De handtekening laten voorafgaan door de woorden 'gelezen en goedgekeurd'.

Verklaringen

In onderstaande tekst verstaan wij onder 'u' zowel de verzekeringnemer als de getroffene.

- U verklaart dat u alle gegevens waarvan u redelijkerwijs kunt aannemen dat zij bij onze beoordeling van het risico nodig of nuttig kunnen zijn, nauwkeurig hebt vermeld op dit document. U verbindt zich ertoe ons onmiddellijk op de hoogte te stellen van eventuele wijzigingen aan deze gegevens.

- Baloise Insurance verwerkt de persoonsgegevens in het kader van risicobeoordeling, beheer van polissen en schadegevallen en voor commerciële doeleinden. Uw gegevens kunnen ook worden gebruikt binnen bedrijven van de Baloise Group.

U kunt deze gegevens conform de wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer steeds opvragen en laten verbeteren bij het Secretariaat-Generaal (privacy@baloise.be).

Wenst u geen commerciële informatie te ontvangen, dan moet u dit melden.

U geeft ons uitdrukkelijk toestemming om uw gezondheidsgegevens en gerechtelijke gegevens te verwerken voor het beheer van polissen en schadegevallen. Alle verworven persoonsgegevens kunnen wij ook gebruiken in het kader van fraudebestrijding.

U stemt er verder mee in dat de persoonlijke gegevens uitsluitend in het kader van ons polis- en schadebeheer, doorgegeven kunnen worden aan onze herverzekeraar of aan derden waarmee wij contractueel verbonden zijn en aan Datassur, enkel als ze relevant zijn voor de beoordeling van het risico en het beheer van polissen en/of schadegevallen. U kunt deze gegevens opvragen en laten verbeteren bij Datassur, dienst Bestanden, de Meeûssquare 29, 1000 Brussel.

- U verbindt zich ertoe uw arts alle geneeskundige verklaringen te vragen die nodig zijn voor het afsluiten of het uitvoeren van de polis. U geeft bovendien uitdrukkelijk opdracht aan de arts die uw overlijden vaststelt, om een verklaring over uw doodsoorzaak af te geven aan onze raadgevende geneesheer.



De verzekeraars zijn voortaan extra waakzaam om fraude op te sporen ...
... u die te goeder trouw bent, kunt op ons rekenen.
Betaal niet onnodig voor anderen, help ons misbruik te voorkomen.

Uw veiligheid, onze zorg.

www.baloise.be

Baloise Belgium nv - Verzekeringsonderneming toegelaten onder codenr. 0096 met FSMA-nr. 24.941 A
Maatschappelijke zetel: City Link, Postloofbrug 16, 2600 Antwerpen, België - Tel.: +32 3 247 21 11

Zetel: Marsveldstraat 23, 1050 Brussel, België - Tel.: +32 2 773 03 11

info@baloise.be - www.baloise.be - RPR Antwerpen - BTW BE 0400.048.883 - IBAN: BE31 4100 0007 1155 - BIC: KREDEB33

Baloise Insurance is de handelsnaam van Baloise Belgium nv.

Aangifte ziekte of ongeval met lichamelijk letsel

WIT = ingevuld te bezorgen aan Baloise Insurance binnen 8 dagen te rekenen vanaf de dag van het ongeval

ROZE = exemplaar voor de getroffene

GEEL = ingevuld terug te sturen naar de raadgevende geneesheer van Baloise Insurance binnen 8 dagen (eveneens door de behandelende geneesheer laten invullen)

Gegevens over de ziekte of het ongeval

Polisreferentie om uur Dossiernr.

Datum ongeval/ziekte

Plaats ongeval

Nr. bemiddelaar Naam bemiddelaar

Briefwisseling aan: bemiddelaar Referentie bemiddelaar
 klant Referentie klant

Verzekeringnemer

Voor bestaande klanten: klantnr. Polisref.

Naam en voornaam of firmanaam

Straat Nr. Bus

Postnr. Gemeente Land

Geboortedatum Geboorteplaats

Tel./gsm Fax Taal: N F Geslacht: M V

Financiële rekening: BIC Nationaal nr.

IBAN

BTW-plichtig: Ja Neen Ondernemingsnr. Aftrekpercentage %.

RPR Beroep of bedrijfstak

Getroffene

Voor bestaande klanten: klantnr. Polisref.

Naam en voornaam of firmanaam

Straat Nr. Bus

Postnr. Gemeente Land

Geboortedatum Geboorteplaats

Tel./gsm Fax Taal: N F Geslacht: M V

Financiële rekening: BIC Nationaal nr.

IBAN

BTW-plichtig: Ja Neen Ondernemingsnr. Aftrekpercentage %.

RPR Beroep of bedrijfstak

Voor kinderen: naam van de vader en/of de moeder

Tegenpartij

Voor bestaande klanten: klantnr. Polisref.

Naam en voornaam of firmanaam

Straat Nr. Bus

Postnr. Gemeente Land

Geboortedatum Geboorteplaats

Tel./gsm Fax Taal: N F Geslacht: M V

Financiële rekening: BIC Nationaal nr.

IBAN

BTW-plichtig: Ja Neen Ondernemingsnr. Aftrekpercentage %.

RPR Beroep of bedrijfstak

Verzekeringsmaatschappij en polisreferentie

Voertuig

Samenloop van verzekeringen

Bezit u nog andere polissen die u waarborgen tegen enige schade in verband met dit ongeval of deze ziekte?

Ja Neen

Welke? (vermeld eveneens naam van de verzekeraar en polisreferentie): _____

Omstandigheden

Beschrijf de omstandigheden van de ziekte of het ongeval: _____

Aard van de kwetsuren of ziekte: _____

Verklaringen

U verklaart zich akkoord met de bepalingen vermeld op de achterzijde van het roze exemplaar dat voor u bestemd is.

Gedaan in _____, op _____

Handtekening getroffene*

*Indien de getroffene minderjarig is, tekent een van de ouders of de wettelijke voogd. De handtekening laten voorafgaan door de woorden 'gelezen en goedgekeurd'.

Verklaringen

In onderstaande tekst verstaan wij onder 'u' zowel de verzekeringnemer als de getroffene.

- U verklaart dat u alle gegevens waarvan u redelijkerwijs kunt aannemen dat zij bij onze beoordeling van het risico nodig of nuttig kunnen zijn, nauwkeurig hebt vermeld op dit document. U verbindt zich ertoe ons onmiddellijk op de hoogte te stellen van eventuele wijzigingen aan deze gegevens.

- Baloise Insurance verwerkt de persoonsgegevens in het kader van risicobeoordeling, beheer van polissen en schadegevallen en voor commerciële doeleinden. Uw gegevens kunnen ook worden gebruikt binnen bedrijven van de Baloise Group.

U kunt deze gegevens conform de wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer steeds opvragen en laten verbeteren bij het Secretariaat-Generaal (privacy@baloise.be).

Wenst u geen commerciële informatie te ontvangen, dan moet u dit melden.

U geeft ons uitdrukkelijk toestemming om uw gezondheidsgegevens en gerechtelijke gegevens te verwerken voor het beheer van polissen en schadegevallen. Alle verworven persoonsgegevens kunnen wij ook gebruiken in het kader van fraudebestrijding.

U stemt er verder mee in dat de persoonlijke gegevens uitsluitend in het kader van ons polis- en schadebeheer, doorgegeven kunnen worden aan onze herverzekeraar of aan derden waarmee wij contractueel verbonden zijn en aan Datassur, enkel als ze relevant zijn voor de beoordeling van het risico en het beheer van polissen en/of schadegevallen. U kunt deze gegevens opvragen en laten verbeteren bij Datassur, dienst Bestanden, de Meeûssquare 29, 1000 Brussel.

- U verbindt zich ertoe uw arts alle geneeskundige verklaringen te vragen die nodig zijn voor het afsluiten of het uitvoeren van de polis. U geeft bovendien uitdrukkelijk opdracht aan de arts die uw overlijden vaststelt, om een verklaring over uw doodsoorzaak af te geven aan onze raadgevende geneesheer.



De verzekeraars zijn voortaan extra waakzaam om fraude op te sporen ...
... u die te goeder trouw bent, kunt op ons rekenen.
Betaal niet onnodig voor anderen, help ons misbruik te voorkomen.

Uw veiligheid, onze zorg.

www.baloise.be

Baloise Belgium nv - Verzekeringsonderneming toegelaten onder codenr. 0096 met FSMA-nr. 24.941 A
Maatschappelijke zetel: City Link, Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, België - Tel.: +32 3 247 21 11
Zetel: Marsveldstraat 23, 1050 Brussel, België - Tel.: +32 2 773 03 11
info@baloise.be - www.baloise.be - RPR Antwerpen - BTW BE 0400.048.883 - IBAN: BE31 4100 0007 1155 - BIC: KREDBE33
Baloise Insurance is de handelsnaam van Baloise Belgium nv.

Geneeskundig getuigschrift

Binnen 8 dagen terug te sturen t.a.v. de raadgevende geneesheer van Baloise Insurance.

Getroffene
Naam en woonplaats

Datum ongeval/ziekte

Eerste onderzoek

Aard van de
verwondingen of ziekte
uitvoerig omschrijven

Begin arbeids-
ongeschiktheid

Bijkomende
opmerkingen

Ongeschiktheid tot
arbeiten of tot
normale activiteiten

prognose

Verzorging

Datum: _____ Uur: _____

Datum: _____ Uur: _____

Is het ongeval/de ziekte te wijten aan een vooraf bestaande toestand? Ja Neen

Bestendige letsels als gevolg van vroegere ongevallen of ziekten:

100 % van _____ t.e.m. _____

_____ % van _____ t.e.m. _____

_____ % van _____ t.e.m. _____

_____ % van _____ t.e.m. _____

_____ % van _____ t.e.m. _____

Is nog in behandeling.

Volledige genezing is bereikt.

Bestendige gedeeltelijke ongeschiktheid blijft wegens _____

en kan bepaald worden op _____ %.

Volledige genezing wordt voorzien tegen

Blijvende gedeeltelijke ongeschiktheid moet worden verwacht wegens _____

en kan worden geschat op _____ %.

Blijvende gedeeltelijke ongeschiktheid kan nog niet bepaald worden.

Getroffene wordt verzorgd:

in zijn woning

in kabinet geneesheer

in ziekenhuis van _____

Naam van de geneesheer die de getroffene verzorgt: _____

Gedaan in _____, op _____

Naam en woonplaats en/of stempel van de geneesheer Handtekening geneesheer