

Naam, voornaam en adres slachtoffer:

DOSSIER:

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

Ongeval van:

Geelieve dit document aan te vullen, te ondertekenen en terug te sturen aan
Ethias, Prins-Bisschopssingel 73, 3500 Hasselt

BELANGRIJK

Geelieve 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 en voornaam van titularis :
Verzekeringsinstelling :
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, geelieve hierna uw beweegredenen uiteen te zetten:

Ondergetekende verleent hierbij toelating aan Ethias de medische gegevens te behandelen die betrekking hebben op het ongeval waarvan zij/hij (of diens kind) het slachtoffer werd.

Handtekening,

Om de extra bankkosten van een cheque te vermijden, willen wij u vragen ons uw rekeningnummer mee te delen.

□□□ - □□□□□□□□ - □□

De persoonsgegevens bedoeld in dit formulier zullen het voorwerp uitmaken van een verwerking door Ethias of NRB, Parc des Hauts-Sarts in 4040 Herstal, in het kader van de aanvaarding van de risico's, het beheer van de verzekeringsovereenkomsten, het promoten van de diensten aangeboden door Ethias en het bestendigen van haar relatie met de aangeslotenen. De betrokken personen hebben toegang tot de gegevens en kunnen een eventuele verbetering laten aanbrengen overeenkomstig de Wet van 8 december 1992 en haar uitvoeringsbesluiten. Het is mogelijk om bijkomende inlichtingen omtrent de geautomatiseerde verwerkingen te bijkomende inlichtingen omtrent de geautomatiseerde verwerkingen te bekomen bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Hallepoort 5-8 te 1060 Brussel) (identificatienummer 000.524.689).

[C] geneeskundig getuigschrift
In te vullen door de geneesheer

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

• volledige tijdelijke arbeidsongeschiktheid _____ dagen, van _____ tot _____

• gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid _____ dagen, van _____ tot _____ tegen _____ %

Voorziet u een volledige genezing? Ja Neen

10) Is u van mening dat de vastgestelde verwonding het gevolg kan zijn van het in rubriek A. 4 vermelde ongeval? Ja Neen

11) Kan er hier sprake zijn van een vroegere toestand (gebrekigheden, kwalen of ziekten)? Ja Neen

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