



U bent gekwetst naar aanleiding van een ongeval

CHECKLIST VAN DE DOCUMENTEN DIE U IN UW DOSSIER MOET BIJHOUDEN

Met het oog op uw schadevergoeding, zijn **ALLE documenten betreffende uw schade belangrijk.**

Bewaar ze zorgvuldig als ze u worden toegezonden zodat u het bewijs kan leveren van uw schade en u snel en volledig kan vergoed worden voor uw schade.

Om de omvang van uw schade vast te stellen, zult u verschillende in te vullen documenten krijgen. Hieronder een checklist met de belangrijkste documenten die u bij de hand moeten hebben:

Medische documenten: rapporten, radiografieën, onderzoeksresultaten,... maar ook het attest van genezing of van consolidatie van uw letsels.

Bewijzen van medische onkosten

o hospitalisatie-en ambulancefacturen

o bewijzen van terugbetaling door het ziekenfonds

o zogenaamde "BVAC"-attesten die de apotheker u op uw vraag geeft en waarop de identiteit van de patiënt, de arts en het voorwerp van het voorschrift vermeld zijn.

Maandelijkse en jaarlijkse loonfiche of aanslagbiljetten

Verplaatsings-en administratiekosten: alle bewijsstukken

Schade aan kledij en andere: aankoopfacturen of beschrijving / foto van het beschadigde voorwerp

☞ Bewaar de beschadigde stukken!!!

Bewaar deze documenten zorgvuldig.

Gelieve na ontvangst de formulieren zo snel mogelijk in te vullen en aan ons te bezorgen aub.



U bent gekwetst naar aanleiding van een ongeval

Algemene inlichtingen

Dossiernummer (door producent in te vullen).....

Datum, plaats en uur van het ongeval:

① Uw gezinssituatie

Uw naam en voorna(a)m(en):

Geboortedatum:

Adres:

Telefoon thuis: GSM:

E-mailadres:

Bankrekeningnummer:

Burgerlijke staat: vrijgezel – gehuwd – samenwonend – weduwe / weduwnaar – feitelijk gescheiden – gescheiden

Naam van de echtgeno(o)t(e) / partner:

Geboortedatum:/...../.....

Beroepssituatie van de echtgeno(o)t(e):

voltijds

deeltijds:uren / week

Samenstelling van uw gezin:

	Naam, voornaam	Geboortedatum	Ten laste		Inwonend/samenwonend	
Echtgenoot/partner			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Kind(eren)			<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
			<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
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Ouder(s)			<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

Bestaat er een verwantschap of andere band met de dader(s) van het ongeval? ja neen

Zo ja, welke?



② Uw beroepssituatie

Hebt u een inkomstenverlies gehad naar aanleiding van het ongeval? 0 ja 0 neen

Zoja, gelieve het bewijs van het inkomen van de maand voor het ongeval bij te voegen (bv loonfiche).

Beroepssituatie op het ogenblik van het ongeval	Aankruisen	Sinds
Arbeider	<input type="checkbox"/>	
Bediende	<input type="checkbox"/>	
Ambtenaar / militair statutair	<input type="checkbox"/>	
contractueel	<input type="checkbox"/>	
Zelfstandig	<input type="checkbox"/>	
Student / kind	<input type="checkbox"/>	
Gepensioneerde	<input type="checkbox"/>	
Bruggepensioneerde	<input type="checkbox"/>	
Werkzoekende	<input type="checkbox"/>	
Ten laste van het ziekenfonds	<input type="checkbox"/>	
Ten laste van het OCMW	<input type="checkbox"/>	
Zonder beroep	<input type="checkbox"/>	
Overige	<input type="checkbox"/>	

- Als u werknemer bent

Naam en adres van uw werkgever:

Stelsel	Voltijds	Deeltijds
Aantal uren / week		

Loon	Bruto	Belastbaar	Netto
Per uur			
Maandelijks			
Jaarlijks			

Andere voordelen (premies, 13^{de} maand, maaltijdcheques,...):

- Als u zelfstandige bent : in hoofdberoep bijberoep

	Aankruisen	Belastbare winsten	Bedrag van de vaste kosten
Bestuurder van een vennootschap	<input type="checkbox"/>		
Eenmansbedrijf	<input type="checkbox"/>		
Zelfstandige natuurlijke persoon	<input type="checkbox"/>		

Gelieve het aanslagbiljet van de afgelopen drie jaren bij te voegen.

KBO-nummer :

- Als u student bent :

Naam van de school :

Aard en duur van de studies :

Schooljaar op het ogenblik van het ongeval :

③ Omstandigheden van het ongeval

- Gaat het volgens u ...
- om een arbeidsongeval of een ongeval op de weg van en naar het werk?
 - om een ongeval in het schoolse kader of op de weg van en naar de school?
 - om een ongeval uit het privéleven?

- Gaat het volgens u om een arbeidsongeval of een ongeval op de weg van en naar het werk:

Naam en adres van de arbeidsongevallenverzekeraar van uw werkgever :

.....

.....

- Gaat het volgens u om een ongeval in het schoolse kader of op de weg van en naar de school:

Adres van de school en naam en adres van de verzekeraar van de school :

.....

.....

Zijn er getuigen van het ongeval? Ja Neen

Zo ja, wat is hun identiteit (naam, voornaam en adres) :

.....

.....

.....

④ Materiële gevolgen van het ongeval

Beschrijving van de schade aan andere voorwerpen dan het voertuig. Gelieve alle rechtvaardigingsstukken bij te voegen en de beschadigde stukken te bewaren.

Voorwerp	Beschrijving van de schade	Datum van aankoop	Aankoopbedrag (schatting)

⑤ Lichamelijke gevolgen van het ongeval

Aard van de letstels :

.....

.....

.....

Bent u opgenomen in het ziekenhuis naar aanleiding van het ongeval? Ja Neen

Naam van de huisarts en/of het ziekenhuis :

.....

In geval van hospitalisatie : Datum opname :/...../..... Datum ontslag :...../...../.....

Hebt u een arbeidsongeschiktheid ondergaan? Ja Neen

Zo ja, van/...../..... tot/...../.....

Bent u nog in behandeling? Ja Neen

Bent u volledig genezen? Ja Neen Zo ja, sinds/...../.....

Gelieve het document “door de arts in te vullen medisch attest” bij te voegen.

⑥ Tussenkost van instellingen of verzekeraars

Hebt u, naar aanleiding van het ongeval, de tussenkost gevraagd van een instelling / verzekeraar als hieronder vermeld?

Zo ja, preciseer in de tabel.

	Identiteit van de instelling/verzekeraar	Referentie
Arbeidsongevallenverzekeraar		
Verzekeraar medische kosten		
Hospitalisatieverzekeraar		
Ongevallenverzekeraar individueel		
Verzekeraar gewaarborgd inkomen		
Verzekeraar materiële schade		
Reisverzekeraar		
Ziekenfonds		
OCMW		
Andere		

Ziekenfonds (briefje kleven) :

Hebt u een verzekeraar burgerlijke aansprakelijkheid privéleven/familiale verzekeraar? Ja Neen

Hebt u een rechtsbijstandsverzekeraar? Ja Neen



⑦ **Opmerkingen**

.....

.....

.....



In te vullen door uw arts

MEDISCH ATTEST

Dossiernummer:

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde,

Naam:

Adres:

Verklaart dat:

Naam en voornaam:

Adres:

het slachtoffer geworden is van een ongeval op (datum)/...../..... te (plaats)

Gevolgen van het ongeval

- Eerste raadpleging in verband met het ongeval (datum en uur):
- Beschrijving van de aard van de kwetsuren:

.....

- Is het slachtoffer in het ziekenhuis opgenomen? 0 ja 0 neen

Zo ja, van/...../..... tot/...../.....

- Het slachtoffer is 0 nog in behandeling

0 genezen sinds/...../.....

- Is het slachtoffer tijdelijk ongeschikt om zijn / haar dagelijkse taken uit te voeren (werk, studies, huishoudelijke taken,...)? 0 ja 0 neen

Zo ja, periodes en percentages van ongeschiktheid:

van/...../..... tot/...../..... inbegrepen tegen%

van/...../..... tot/...../..... inbegrepen tegen%

van/...../..... tot/...../..... inbegrepen tegen%

van/...../..... tot/...../..... inbegrepen tegen%

- Zal het slachtoffer volledig herstellen? 0 ja 0 neen

Zo ja, op (datum)/...../.....

Zo neen, wat is de inschatting van de blijvende ongeschiktheid?%

- Bijkomende inlichtingen:

Opgemaakt op (datum):/...../..... TeHandtekening + stempel arts

OVERZICHT VAN DE MEDISCHE KOSTEN

Referentie / nummer dossier:

Datum van het ongeval:

Plaats van het ongeval:

Naam en voornaam van de patiënt:

Stuknr	Datum	Betaald bedrag	Tussenkost ziekenfonds	Tussenkost andere verzekeraars	Bedrag dat ten laste blijft
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Belangrijk: indien mogelijk, alle stukken nummeren en toevoegen (attesten van medische verzorging ingevuld door de arts en het ziekenfonds, ziekenhuisfacturen, attesten van farmaceutische producten afgeleverd door uw apotheker (B.V.A.C),...)



ATTEST KOSTEN VOOR VERPLAATSING EN PARKING

Referentie / nummer dossier:

Datum van het ongeval:

Plaats van het ongeval:

Naam en voornaam van het slachtoffer:

Stuknr	Datum	Reden en plaats van de verplaatsing	Aantal km als verplaatsing met de auto (heen en terug)	Kosten openbaar vervoer en parkingkosten
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Belangrijk: alle stukken nummeren en bijvoegen (parkingticket, treinticket of ander openbaar vervoer, attest van raadpleging, ... en alle documenten die uw verplaatsing bewijzen)