



Livingstonelaan 6  
B-1000 BRUSSEL  
Tel. 02-286 68 98  
Fax 02-286 74 76  
RPR Brussel 0405.764.064  
Rek.nr. 799-5501252-93  
e-mail: Leven.OrganisatiesEnOndernemingen.offerte@dib.be

Document terug te sturen naar de geneesheer  
raadgever van DVV verzekeringen

**DVV** verzekeringen

## SCHADEAANGIFTE GEWAARBORGD INKOMEN

### Informatie aanbrengrer

Agent : .....  
Contactpersoon : ..... Tel : .....

### Betreft polisnummers

#### GewaARBORGd inkomen :


Stuur ons dit document ingevuld en door u en uw behandelende arts ondertekend terug.

### PERSONALIA VAN DE VERZEKERDE EN ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

Naam en voornaam

Geboortedatum       Burgerlijke staat

Adres  Huisnummer  Busnr.  Straatnaam   
Postcode  Gemeente

Telefoonnummer  /  GSM  /

Beroep op begindatum werkbekwaamheid

Rekeningnummer van de **verzekerde**  -  -

Titularis van de rekening : .....

Rekeningnummer van de **verzekeringnemer**  -  -

Titularis van de rekening : .....

Loontrekkende  Zelfstandige  Werkloos

Bent u momenteel ten laste van  het ziekenfonds ?  JA -  NEEN  
Zo ja, sinds wanneer ? .....

de werkloosheidskas ?  JA -  NEEN  
Zo ja, sinds wanneer ? .....

**INDIEN HET EEN ONGEVAL BETREFT**

Aard: Privéongeval  Arbeidsongeval  Verkeersongeval  Sportongeval

Datum en uur ...../...../..... uur

Plaats .....  
(stad, dorp, gehucht, straat, werkplaats, woonhuis, enz.) .....

Oorzaak en omstandigheden (beschrijf nauwkeurig) .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Werd er een proces-verbaal opgemaakt ?  JA -  NEEN -  ONGEKEND

Door wie ? .....

P.V.-nummer .....

Werd er een bloedproef of ademtest afgenomen ?  JA -  NEEN -  ONGEKEND

Gebeurde het ongeval met een voertuig ?  JA -  NEEN

Zo ja, type, merk en plaatnummer .....  
naam, adres van de BA-verzekeraar .....  
polisnummer van de BA- verzekering .....

Ik, ondergetekende, bevestig dat de voorgaande antwoorden volledig zijn en met de waarheid overeenstemmen. Met het oog op een vlot beheer van het contract en/of van het schadedossier en enkel daartoe, geef ik hierbij mijn bijzondere toestemming om medische gegevens die op mij betrekking hebben te verwerken (artikel 7 van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer).

*De aan DVV verzekeringen meegedeelde persoonsgegevens mogen door hen verwerkt worden op basis van de cliëntenservice, de risico behandeling en het polissen- en schadebeheer. DVV verzekeringen heeft het recht deze gegevens in voorkomend geval te verwerken en op te nemen in de door DATASSUR beheerde bestanden, op basis van de risicobehandeling. De houder van deze bestanden is het ESV DATASSUR, De Meeûsplantsoen 29, 1000 Brussel. De wet verschaft de betrokken personen een recht van toegang en verbetering. Bijkomende inlichtingen kunnen worden verkregen bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. (W. 8/12/92)*

Opgemaakt in ....., op ..... / ..... / .....

Naam en handtekening van de verzekerde

# MEDISCH VERSLAG

Duidelijk LEESBAAR in te vullen door de behandelende arts

Het volgende medische gedeelte maakt deel uit van de schadeaanfijfe die uw patiënt voor zijn verzekering moet invullen. Aan de hand van deze inlichtingen kunnen we nagaan of hij/zij recht op schadevergoeding heeft. We vragen u hier de nodige aandacht aan te besteden want dankzij een correct ingevulde schade-aanfijfe kunnen we uw patiënt de service verlenen, die hij verdient.

## IN GEVAL VAN ONGEVAL

a) datum en uur van het ongeval : ...../...../..... uur

b) begindatum van de arbeidsongeschiktheid : ...../...../.....

c) aard van de letsels

DIAGNOSE	LATERALISATIE (indien van toepassing)	ICD-code (facultatief)
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	

## IN GEVAL VAN ZIEKTE

a) datum waarop de eerste  
verschijnselen optraden : ...../...../.....

b) begindatum van de arbeidsongeschiktheid : ...../...../.....

c) aard van de ziekte

DIAGNOSE	LATERALISATIE (indien van toepassing)	ICD-code (facultatief)
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	

d) in geval van zwangerschapscomplicaties:  
- juiste of vermoedelijke bevallingsdatum : ...../...../.....  
- aard van de verwikkeling

DIAGNOSE	ICD-code (facultatief)

## WELKE BEHANDELING WERD/WORDT TOEGEPAST ?

- immobilisatie  rust  andere  .....
- medicatie  welke : .....
- chirurgische behandeling  welke : .....

Andere : .....

Prognose voor wat betreft heling van de letsels :

.....

.....

Prognose voor wat betreft het resultaat van de behandeling :

.....

.....

Werd/wordt de verzekerde in een verpleeginstelling opgenomen ?  JA -  NEEN

Naam : ..... in ..... van ..... / ..... / ..... tot ..... / ..... / .....

Opmnameduur (vermoedelijk) : van ..... / ..... / ..... tot ..... / ..... / .....

Sinds wanneer verzorgt u de verzekerde voor dit ongeval of deze ziekte ? ..... / ..... / .....

Werd de verzekerde reeds door een andere arts dan u verzorgd ?  JA -  NEEN

Staat de huidige aandoening of letsel in verband of is het een gevolg van een reeds vroeger bestaande aandoening of letsel ?  JA -  NEEN

Welke : ..... Datum : ..... / ..... / .....

Welke : ..... Datum : ..... / ..... / .....

Kan de verzekerde de woning verlaten ?  JA -  NEEN  
Indien niet, voor welke periode niet ? van ..... / ..... / ..... tot ..... / ..... / .....

Is de arbeidsongeschiktheid **volledig** ?  JA -  NEEN  
Vermoedelijke duur : van ..... / ..... / ..... tot ..... / ..... / .....

Is de arbeidsongeschiktheid **gedeeltelijk** ?  JA -  NEEN  
Vermoedelijke duur : Graad .....% van ..... / ..... / ..... tot en met ..... / ..... / .....

Graad .....% van ..... / ..... / ..... tot en met ..... / ..... / .....

Graad .....% van ..... / ..... / ..... tot en met ..... / ..... / .....

Graad .....% van ..... / ..... / ..... tot en met ..... / ..... / .....

Welke activiteiten zijn toegestaan ? .....  
(bv. toezicht, licht werk, deeltijdse arbeid, enz.) .....

Is er een blijvende ongeschiktheid te verwachten ?  JA -  NEEN Graad .....%

Datum van de werkhervatting als deze reeds plaatsvond: ..... / ..... / .....

Ten einde een vlot beheer van het schadedossier te bewerkstelligen, verzoeken wij de arts om de beschikbare medische verslagen en/of protocols van de uitgevoerde medisch-technische onderzoeken (medische beeldvorming, labo, ...) als bijlage te voorzien aan deze schadeaangifte.

Bijkomende inlichtingen : .....

**Belangrijk:** DVV verzekeringen vraagt de arts in het bijzijn van de verzekerde geen enkele opmerking te maken, die zou vooruitlopen op het besluit van de verzekeraar.

Opgemaakt in ....., op ..... / ..... / .....

Handtekening en stempel van de arts,

De verzekeringen zijn voortaan extra waakzaam om fraude op te sporen...  
...bent u echter te goeder trouw, dan kan u op ons rekenen.



Betaal niet onnodig voor anderen, help ons misbruik te voorkomen.