



Livingstonelaan 6
 B-1000 BRUSSEL
 Tel. 02-286 61 11
 Fax 02-286 70 60
 RPR Brussel 0405.764.064
 Rek.nr. 799-5501252-93
 e-mail : info@dvvlap.be

Agentschap
 M.
 Tel.
 Fax



DVV verzekeringen

Afdeling : **HOSPITALISATIE**
RETAIL

Schadeaangifte INDIVIDUELE HOSPITALISATIEVERZEKERING

Aangifte voor polis met nummer 4 1

DIT DOCUMENT MOET DOOR DE VERZEKERDE WORDEN INGEVULD
We vragen u drukletters te gebruiken en ons dit formulier zo vlug mogelijk terug te bezorgen.

Opgelet ! Het onvolledig invullen van dit formulier kan de vergoeding van uw kosten vertragen.

VERZEKERINGNEMER

.....

VERZEKERDE

(eerst familienaam, dan voornaam)

Geboortedatum

Adres

Huisnummer

Straatnaam

Postcode

Gemeente

Telefoonnummer

/

Beroep

Rekeningnummer

- -

Is de verzekerde bij DVV of een andere maatschappij verzekerd door een contract dat gelijkaardige waarborgen omvat ?

JA - NEEN

Zo ja, vermeld maatschappij en polisnummer

ENKEL IN TE VULLEN IN GEVAL VAN HOSPITALISATIE TEN GEVOLGE VAN EEN ONGEVAL

Datum van opname

Tijdstip en plaats van het ongeval

Aansprakelijke derde

Zijn verzekeringsmaatschappij Polisnummer.....

Relaas van de feiten

Werd proces-verbaal opgemaakt ? Door wie ? nummer

Was de verzekerde op het ogenblik van het schadegeval in dienst van een werkgever of op weg van of naar het werk ?

JA - NEEN

Beschrijf de letsels in detail
(aard, lokalisatie, aanvang, enz.)

Leed u voor het ongeval aan een of andere gebrekkigheid of ziekte ?

JA - NEEN

Zo ja, welke ?

In welke mate wordt de evolutie van de letsels erdoor beïnvloed ?

ENKEL IN TE VULLEN IN GEVAL VAN HOSPITALISATIE TEN GEVOLGE VAN ZIEKTE, ZWANGERSCHAP OF BEVALLING

Datum van opname: / /

Hebt u een heelkundige ingreep ondergaan of zult u er een ondergaan ? JA - NEEN

Aard van de ingreep:

Aard van de aandoening:

Wanneer werden de eerste verschijnselen waargenomen ? / /

Werd u reeds eerder voor deze aandoening behandeld ? JA - NEEN

Zo ja, vermeld de vorige periodes van behandeling / / tot / /
(al of niet gepaard gaande met een hospitalisatie). / / tot / /

..... / / tot / /

Vermeld door welke geneeshe(e)r(en) :

naam en adres :

Ik, ondergetekende, verklaar dat alle antwoorden op de vragen gesteld op deze schadeaanfifte, volledig, oprecht en naar waarheid werden geformuleerd, zelfs indien een derde ze zou hebben geschreven.

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).

In, / /

Naam en handtekening van de verzekerde