

[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. 7 vermelde ongeval? \_\_\_\_\_

11) Kan er hier sprake zijn van een vroegere toestand (gebrekkigheden, kwalen of ziekten) waardoor verwikkelingen te vrezen zijn? \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NB: Ethias komt in de verzorgingskosten tegemoet boven de wettelijke uitkeringen van het ziekenfonds en stemt bij voorbaat in met elke speciale behandeling (kinesi- en fysiotherapie) die goedgekeurd werd door de adviserende arts van het ziekenfonds, voor zover het om een gewaarborgd ongeval gaat.

Opgemaakt te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_  
Handtekening

aangifteformulier  
COLLECTIEVE VERZEKERING  
TEGEN LICHAMELIJKE ONGEVALLEN



Terug te sturen naar: Ethias  
Prins-Bisschopssingel 73, B-3500 Hasselt  
Tel. 011 28 21 11 - Fax 011 28 20 20

[A] in te vullen door de aangever

Dossiernummer \_\_\_\_\_ (voorbehouden aan Ethias)

**1 IDENTITEIT VAN DE VERZEKERINGSNEMER (verzekerd bestuur, instelling, enz.)**

Polis nr. \_\_\_\_\_  
Ref. \_\_\_\_\_ Tel. nr. \_\_\_\_\_  
Naam, voornaam en hoedanigheid van de aangever \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Straat \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bus \_\_\_\_\_  
Postcode \_\_\_\_\_ Gemeente \_\_\_\_\_  
Ref. \_\_\_\_\_ Tel. nr. \_\_\_\_\_

**2 IDENTITEIT VAN HET SLACHTOFFER**

Naam \_\_\_\_\_ Voornaam \_\_\_\_\_  
Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam  
Straat \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bus \_\_\_\_\_  
Postcode \_\_\_\_\_ Gemeente \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  M  V  
Bezigheid van het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval \_\_\_\_\_  
Rekeningnummer \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Beroep \_\_\_\_\_  
In dienst sedert \_\_\_\_\_

**3 LOONGEGEVENS**

Tijdens het jaar voorafgaand aan het ongeval (bruto) \_\_\_\_\_ EUR Aantal gepresteerde uren op de dag van het ongeval \_\_\_\_\_  
Uurloon \_\_\_\_\_ EUR Normaal aantal uren op de dag van het ongeval \_\_\_\_\_

**4 PLAATS VAN HET ONGEVAL**

(vermeld de gemeente en eventueel de straat en het huisnummer) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Datum van het ongeval \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Uur \_\_\_\_\_

**5 Indien bij het ongeval een derde betrokken is, volledige naam en adres van deze derde**

Naam \_\_\_\_\_ Voornaam \_\_\_\_\_  
Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam  
Straat \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bus \_\_\_\_\_  
Postcode \_\_\_\_\_ Gemeente \_\_\_\_\_

**6 Verzekeringsmaatschappij van bovenvermelde derde**

Polisnummer \_\_\_\_\_

Een enkel formulier per ongeval is voldoende. Een begeleidend schrijven is niet noodzakelijk.



**7** **BESCHRIJVING VAN HET ONGEVAL** (oorzaken, omstandigheden en gevolgen, opgelopen verwondingen en/of schade)  
**SCHETS** (bij te voegen indien het een verkeersongeval betreft)

.....

.....

.....

.....

**8** **GETUIGENISSEN**

a) Naam en adres der getuigen van het ongeval .....

b) Zo er geen getuige is, naam en adres van de personen die getuige waren van de toestand en de klachten van de gewonde, onmiddellijk na het ongeval .....

c) Bij ontbreken van getuigen a) en b), wanneer en door wie heeft u kennis gekregen van het ongeval? .....

.....

.....

**9** Werd er een vaststelling gedaan door een verbaliserende autoriteit?  ja  neen

Welke? .....

Eventueel nummer van proces-verbaal .....

**10** Op welke datum heeft het gewonde het werk onderbroken? \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**11** Is de arbeidsongeschiktheid volledig of enkel gedeeltelijk? .....

Voor welke werkzaamheden is de getroffene nog geschikt, in het laatste geval? .....

**12** Naam en adres van de behandelende geneesheer .....

.....

**13** Opmerkingen .....

.....

.....

.....

Opgemaakt te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_

Handtekening van de aangever

**BELANGRIJK**

Gelieve 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 van de titularis \_\_\_\_\_ Voornaam \_\_\_\_\_

Verzekeringsinstelling \_\_\_\_\_

Inschrijvingsnummer \_\_\_\_\_

Ethias verzamelt uw persoonsgegevens voor de evaluatie van het risico, het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen, voor het promoten van haar diensten en voor het voeren van getrouwheidsacties. Uw persoonsgegevens kunnen voor commerciële doeleinden doorgegeven worden aan de ondernemingen die deel uitmaken van de Ethias groep.

U hebt het recht om uw persoonsgegevens in te kijken, om eventuele correcties te laten aanbrengen en om u gratis te verzetten tegen het gebruik ervan voor commerciële doeleinden. Verzet u zich tegen dit gebruik?.....

De gezondheidsgegevens zullen verwerkt worden voor de aanvaarding van de risico's onderschreven bij Ethias, het bepalen van de omvang van de waarborgen en het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen. Deze gegevens zullen beheerd worden door de daartoe bij Ethias gemachtigde personen. U kan op ieder ogenblik uw toestemming tot het verwerken van deze gegevens door de hoger vermelde personen intrekken.

Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst of over het beheer van een schadegeval kan worden gericht aan:

- Ethias – Dienst 2160 Prins-Bisschopssingel 73 B-3500 Hasselt fax 011 28 26 60 klachten.col@ethias.be
- Ombudsman van de verzekeringen – de Meeûsplantsoen 35 B-1000 Brussel fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as
- Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen – Kortenberglaan 61 B-1000 Brussel fax 02 736 88 17

Opgemaakt te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_

Ik machtig Ethias mijn gezondheidsgegevens (of die van mijn kind) te verwerken

Handtekening \_\_\_\_\_