

Mevrouw, Mijnheer,

Wij vernemen dat u het slachtoffer werd van een ongeval en wensen u in eerste instantie een spoedig herstel toe.

Om de afhandeling van uw dossier zo vlot mogelijk te laten verlopen, verzoeken wij u volgende richtlijnen in acht te nemen.

Doe zo snel mogelijk aangifte aan de hand van ingesloten inlichtingsdocumenten.

Rubrieken **STEEDS** in te vullen :

I + II + III + MEDISCH ATTEST

Rubrieken **BIJKOMEND** in te vullen indien :

ONGEVAL	IV
ZIEKTE	V

U bezorgt ons later een volledig ingevuld **evolutie-attest** bij

- verlenging van de ongeschiktheid
- mogelijkheid tot werkhervatting
- genezing zonder restletsels
- consolidatie met restletsels

Medische attesten dienen ingevuld door de behandelende arts.

De tussenkomst inzake **medische kosten tengevolge ongeval** dient te gebeuren aan de hand van het gelijknamige formulier, samen met de **originele** onkostennota's.

Mocht u nog vragen hebben, aarzel dan niet contact met ons op te nemen.

Wij helpen u graag verder.

AIG Europe Accident & Health Claims Team

E-mail : claims.be@aig.com

POLIS / CERTIFICAAT NUMMER**SCHADEDATUM :****RUBRIEK I : VERZEKERINGSNEMER**

Naam en voornaam:

Adres:

Telefoon privé / werk:

E-mail

Is er een gelijkaardige dekking bij een andere maatschappij ?

Nee Ja, maatschappij + polisnummer:

Werd de schade ook bij deze maatschappij ingediend ?

Nee Ja

RUBRIEK II : VERZEKERDE

Naam en voornaam:

Adres:

Geboortedatum:

Telefoon privé / werk:

E-mail

RUBRIEK III : TERUGBETALING (cf. polisvoorwaarden) Verzekeringsnemer Verzekerde Andere : omschrijving Bankrekening in België :

Nummer :

 Bankrekening buiten België :

Nummer :

Bank :

Adres :

Internationale betalingscodes (swift, sort, blz, ...) :

IBAN

 Circulaire cheque Tussenpersoon / makelaar :

Ondergetekende verklaart de vragen naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen.

Datum

Handtekening van de verzekerde

POLIS / CERTIFICAAT / DOSSIER NUMMER

RUBRIEK IV : ONGEVAL

Werd/is verzekerde gehospitaliseerd ? Nee Ja, hoe lang:

Was/is er immobilisatie ? Nee Ja, hoe lang:

Was/is verzekerde in staat zich te verplaatsen ? Ja Nee, hoe lang:

Nauwkeurige omschrijving van de situatie waarin het ongeval zich heeft voorgedaan:

Aard van het ongeval ? Privé Beroep

In hoedanigheid van : Voetganger / Fietser Passagier / Inzittende Bestuurder

Voertuig : Auto Bromfiets Moto : cc Andere :

Plaats, datum en tijdstip van het gebeuren:

Naam en adres van de getuigen : gelieve op rugzijde of apart blad te vermelden.

Aard en uitgebreidheid van de letsels (exacte en volledige diagnose):

Omschrijving van de behandeling:

Is een derde partij aansprakelijk ? Nee Ja, identiteit:

Werd proces-verbaal opgesteld ? Nee Ja, door wie + PV nummer:

RUBRIEK V : ZIEKTE

Werd/is verzekerde gehospitaliseerd ? Nee Ja, hoe lang:

Was/is er immobilisatie ? Nee Ja, hoe lang:

Was/is verzekerde in staat zich te verplaatsen ? Ja Nee, hoe lang:

Nauwkeurige omschrijving van de aandoening:

Datum van de eerste symptomen:

De gegevens die ons worden gemeld mogen door onze maatschappij worden behandeld met het oog op de dienstverlening aan de verzekerde en het beheer van de contracten en schades. De ondertekenaar(s) geeft (geven) zijn/haar (hun) speciale toestemming om de medische gegevens die hem/haar (hen) betreffen te behandelen. De betrokken personen hebben toegang tot deze gegevens en kunnen deze laten rechtzetten. Ze kunnen aanvullende inlichtingen verkrijgen bij de Commissie voor de Bescherming van het Privé-leven (Wet van 8 december 1992 betreffende de bescherming van het privé-leven). Ondergetekende gaat ermee akkoord dat de raadgevend geneesheer aangesteld door de maatschappij informatie inwint bij de behandelende medische sector en verklaart zich bereid, wanneer de verzekeraar dit in het kader van de beoordeling van de schade wenselijk acht, medewerking te verlenen aan een medisch onderzoek.

Ondergetekende verklaart de vragen naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen.

Datum

Handtekening van de verzekerde

POLIS / CERTIFICAAT NUMMER _____

DOSSIER NUMMER _____

IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND GENEESHEER

**De Dokters worden vriendelijk verzocht geen enkele vraag onbeantwoord te laten.
Vertrouwelijke mededelingen kunnen onder gesloten omslag "medisch geheim" bijgevoegd worden.**

RUBRIEK STEEDS IN TE VULLEN

Naam en voornaam van de patient : _____

Wanneer werd u bij de patient geroepen : _____

Zijn er medische antecedenten in relatie met het ongeval / deze ziekte ? Nee Ja, welke : _____

Aard van de verzorging : _____

Aard van de medicatie : _____

Duur en frekwentie van verzorging en medicatie : _____

RUBRIEK ALLEEN IN TE VULLEN BIJ ONGEVAL

Plaats, datum en tijdstip van het gebeuren : _____

Aard en uitgebreidheid van de letsels : _____

Exacte en volledige diagnose : _____

Is het ongeval de directe en enige oorzaak van het letsel ? Ja Nee, andere oorzaak : _____**RUBRIEK ALLEEN IN TE VULLEN BIJ ZIEKTE**

Nauwkeurige omschrijving van de aandoening : _____

Heeft u bij de patiënt een andere ziekte of lichamenlijk gebrek vastgesteld ? Nee Ja, welke : _____

Datum van de eerste symptomen : _____

Vermoedelijke datum van genezing : _____

Naam en adres van de geneesheer : _____

De gegevens die ons worden gemeld mogen door onze maatschappij worden behandeld met het oog op de dienstverlening aan de verzekerde en het beheer van de contracten en schades.

De betrokken personen hebben toegang tot deze gegevens en kunnen deze laten rechtzetten. Ze kunnen aanvullende inlichtingen verkrijgen bij de Commissie voor de Bescherming van het Privé-leven (Wet van 8 december 1992 betreffende de bescherming van het privé-leven).

**Ondergetekende verklaart de vragen naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben
beantwoord en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen.**

Datum

Handtekening + Stempel van de geneesheer

POLIS / CERTIFICAAT NUMMER _____

DOSSIER NUMMER _____

IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND GENEESHEER

De Dokters worden vriendelijk verzocht geen enkele vraag onbeantwoord te laten.
Vertrouwelijke mededelingen kunnen onder gesloten omslag "medisch geheim" bijgevoegd worden.

RUBRIEK STEEDS IN TE VULLEN

Naam en voornaam van de patient : _____

Adres van de patient : _____

Geboortedatum van de patient : _____

Schadedatum : _____

Onderzoek van : _____

VERLENING

Was/is de patient gehospitaliseerd ?

 Nee Ja, hoe lang : _____

Was/is er immobilisatie ?

 Nee Ja, hoe lang : _____

Was/is de patient in staat zich te verplaatsen ?

 Ja Nee, hoe lang : _____

Aard van de verzorging : _____

Aard van de medicatie : _____

Duur en frekwentie van verzorging en medicatie : _____

Evolutie van de (arbeids)ongeschiktheid :

_____ % van ____/____/____ tot en met ____/____/____

_____ % van ____/____/____ tot en met ____/____/____

_____ % van ____/____/____ tot en met ____/____/____

_____ % van ____/____/____ tot en met ____/____/____

Vermoedelijke totale duur van de ongeschiktheid : _____

Waarschijnlijke datum van genezing en/of volledige werkhervatting : _____

MOGELIJKHEID TOT WERKHERVATTING

Ondergetekende verklaart dat vermelde patient vanaf _____ de normale werkzaamheden volledig kan hervatten.

GENEZING ZONDER RESTLETSELS

Ondergetekende verklaart dat vermelde patient vanaf _____ volledig is genezen zonder restletsels.

CONSOLIDATIE MET RESTLETSELS

Ondergetekende verklaart dat de toestand van vermelde patient vanaf _____ kan geconsolideerd worden met volgende restletsels : _____

De gegevens die ons worden gemeld mogen door onze maatschappij worden behandeld met het oog op de dienstverlening aan de verzekerde en het beheer van de contracten en schades.

De betrokken personen hebben toegang tot deze gegevens en kunnen deze laten rechtzetten. Ze kunnen aanvullende inlichtingen verkrijgen bij de Commissie voor de Bescherming van het Privé-leven

(Wet van 8 december 1992 betreffende de bescherming van het privé-leven).

Ondergetekende verklaart de vragen naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben
beantwoord en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen.

Datum

Handtekening + Stempel van de geneesheer

POLIS / CERTIFICAAT		VERZEKERDE	SLACHTOFFER
	Naam + voornaam		
DOSSIERNUMMER	Adres		
BANKREKENING NUMMER	Geboortedatum		
	Schade van		

OVERZICHT MEDISCHE KOSTEN

Code	Code 1	Controle	Is verzekerde aangesloten bij de sociale zekerheid? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nee
	Code 2	Preventief onderzoek / Vaccinatie	
	Code 3	Zwangerschap, bevalling en aanverwant	Indien u aangesloten bent gelieve hier het identificatievignet van uw ziekenfonds te kleven.
	Code 4	Osteopathie / Chiropractica	
	Code 5	Ziekte / Ongeval : details + medisch attest	
	Code 6	Andere : omschrijf	
	Tandzorgen	Gebruik "TANDZORGEN" document	

Datum Prestatie	Code (zie hoger)	Munteenheid	Betaald Bedrag	Wisselkoers	Betaald Euro	Tussenkost Ziekenfonds	Remgeld
1)							
2)							
3)							
4)							
5)							
6)							
7)							
8)							
9)							
10)							
11)							
12)							
13)							
14)							
15)							
Totalen							

Bij te voegen genummerde documenten :

- originele verschilstaten van het ziekenfonds
- originele onkostennota's zonder terugbetaling door het ziekenfonds

Verklaring van de verzekerde

Ondergetekende verklaart dat hogervermeld overzicht volledig en juist is, enkel en alleen betrekking heeft op de schade en dat de kosten niet bij een andere maatschappij werden ingediend.

Ondergetekende geeft hierbij de toelating om de medische kosten te verhalen op een aansprakelijke derde.

Datum

Handtekening van de verzekerde

Verklaring van de afgevaardigde van het ziekenfonds (indien van toepassing)

Ondergetekende verklaart de juistheid van de tussenkosten door het ziekenfonds vermeld op hogervermeld overzicht.

Datum

Handtekening + Stempel van de afgevaardigde