

aangifteformulier SCOUTS & GUIDES PLURALISTES



ethias

Terug te sturen naar : Scouts & guides pluraliste
Avenue de la Porte de Hal 38
1060 BRUXELLES

CONTRACTNUMMER : 4 5 2 6 9 3 0 0

[A] in te vullen door de aangever

1 IDENTITEIT VAN DE VERZEKERINGSNEMER

Scouts & Guides Pluralistes

Gewest : _____

Eenheid : _____

Groepsverantwoordelijke

Naam : _____ Voornaam : _____
Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam

Straat : _____ nr. : _____ bus : _____

Postcode : _____ Gemeente : _____ Land : _____

Tel. nr. : _____

2 IDENTITEIT VAN HET SLACHTOFFER (invullen in drukletters a.u.b.)

Naam : _____ Voornaam : _____
Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam

Geboortedatum : _____ Rijksregisternummer : _____

Straat : _____ nr. : _____ bus : _____

Postcode : _____ Gemeente : _____ Land : _____

Bankrekeningnummer : _____

3 IDENTITEIT VAN DE WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER (ouder, voogd, ...)

Naam : _____ Voornaam : _____
Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam

Straat : _____ nr. : _____ bus : _____

Postcode : _____ Gemeente : _____ Land : _____

Bankrekeningnummer : _____

Beroep : _____

4 INDIEN EEN DERDE, DIE NIET AANGESLOTEN IS BIJ DE FEDERATIE, BETROKKEN IS BIJ HET ONGEVAL

Naam : _____ Voornaam : _____
Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam

Straat : _____ nr. : _____ bus : _____

Postcode : _____ Gemeente : _____ Land : _____

5 VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ VAN DE IN PUNT 4 VERMELDE DERDE

Naam : _____ Polisnummer : _____

6 GEGEVENS VAN HET ONGEVAL

Ongeveldatum : _____ Dag : _____ Uur

Tijdens deelname aan een verzekerde activiteit

Juiste plaats : _____

Op weg naar of van de activiteit

Individuele verplaatsing Groepsgewijze verplaatsing

Juiste plaats : _____

Wat was het gebruikte vervoermiddel ? _____

- 1) U werd slachtoffer van een ongeval waarvoor Ethias optreedt als verzekeraar. Na ontvangst van het aangifteformulier zal Ethias u het nummer van uw dossier meedelen.
- 2) Het verzekeringscontract voorziet in terugbetaling van de behandelingskosten met verwijzing naar het RIZIV-barema tot beloop van het eventuele overschot nà tegemoetkoming van het ziekenfonds. Behoudens uitzondering komen slechts de in het ziekte- en invaliditeitsverzekeringsbarema voorziene prestaties in aanmerking voor vergoeding.
- 3) In toepassing van de wet moeten de geneesheren en ziekenhuizen aan de patiënten of aan hun ouders om betaling van de gewone verstrekkingen verzoeken en de getuigschriften voor verstrekte hulp, bestemd voor het ziekenfonds, afleveren.
- 4) Op vertoon van de stavingsstukken en van de afrekening van het ziekenfonds vergoedt Ethias haar tegemoetkoming op de door de rechthebbenden gewenste wijze (rekeningnummer).
- 5) Het slachtoffer (of de ouders) hebben vrijheid van keuze van arts of ziekenhuis ongeacht welke dokter of ziekenhuis de eerste verzorging heeft toegediend.

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 _____

Opgelet: de wet van 9 augustus 1963 legt iedereen de verplichting op zich bij een ziekenfonds aan te sluiten. Zo dit voor u echter niet het geval zou zijn, gelieve hierna uw beweegredenen uiteen te zetten

.....
.....
.....

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 1000 Rue des Croisiers 24 4000 Luik
fax 04 220 39 81 gestion-des-plaintes@ethias.be
- Ombudsdienst Verzekeringen – de Meeûssquare 35 1000 Brussel
fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as

Opgemaakt te

op

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

Handtekening

1) Naam en voornaam van de geneesheer : _____
(in drukletters a.u.b.)
Adres : _____

2) Naam en voornaam slachtoffer : _____
Adres slachtoffer : _____

3) Ongevalsdatum : _____

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 7 vermelde ongeval ? Ja Neen

11) Kan er hier sprake zijn van een vroegere toestand (gebrekkigheden, kwalen of ziekten) ? Ja Neen
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. U 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 : _____

Opgemaakt te

op

Handtekening