

# SeniorPlan Ongevalsaangifte

AMMA VERZEKERINGEN o.v.  
Vereniging voor onderlinge verzekeringen met vaste en onveranderlijke bijdragen  
krachtens artikel 2, § 2 van de wet van 25.06.1992 (B.S. 20.08.1992)

toegelaten onder codenummer 0126  
voor de takken ongevallen, ziekte, auto, brand, andere schade, b.a. auto en algemene b.a.  
(K.B. 04 en 13.07.1979 – B.S. 14.07.1979)

opgericht op 20.12.1944  
statuten gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 27.12.2011

info@amma.be  
www.amma.be

## Voorafgaandelijke mededelingen

### Ongevalsangifte

Gelieve de aangifte volledig in te vullen. AL DE VRAGEN MOETEN DUIDELIJK EN VOLLEDIG BEANTWOORD WORDEN. Indien er onvoldoende plaats is, gebruik dan een afzonderlijk blad.

### Samenstelling schadedossier

Voeg bij aangifte al de documenten die U reeds ontvangen heeft: ingebrekestelling, dagvaarding, betekening, oproepingsbrief, ...

### Medisch geheim

Voeg bij de aangifte al de documenten die van enig nut zouden kunnen zijn (medisch dossier, operatieverslag, anesthesieverslag, protocollen, voorafgaandelijk onderzoek) voor de beoordeling.

Indien er zich problemen stellen kan U het dossier zenden aan: MEDISCH GEHEIM, T.A.V. DE ADVISERENDE GENEESHEER, AMMA VERZEKERINGEN, KUNSTLAAN 39 BUS 1, 1040 BRUSSEL.

### Briefwisseling

Gelieve ons, onmiddellijk en zonder er zelf op te antwoorden, iedere briefwisseling over te maken die U in verband met deze ongevalsangifte zal ontvangen.

### Verklaringen

Gelieve ons voorafgaandelijk akkoord te vragen voor het afleggen van mondelinge of schriftelijke verklaringen inzake deze ongevalsangifte.

### Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Iedereen van wie we persoonlijke gegevens verzamelen of opslaan, wordt op de hoogte gebracht van de onderstaande punten:

a. De verantwoordelijke voor de gegevensverwerking is AMMA VERZEKERINGEN OV, met zetel aan de Kunstlaan 39/1 te 1040 BRUSSEL. Voor elke vraag over dit onderwerp kunt u de verantwoordelijke van de gegevensbescherming contacteren op het adres: [dpo@amma.be](mailto:dpo@amma.be)

b. De persoonsgegevens worden verwerkt door AMMA VERZEKERINGEN voor volgende doeleinden: beheer van verzekeringen, geschillenbeheer, klantenbeheer. De persoonsgegevens kunnen daarenboven verwerkt worden voor statistische doeleinden en om onze diensten te verbeteren.

c. De voornaamste juridische grondslag voor deze verwerking is de Wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

d. Wij gebruiken uw persoonsgegevens ook om u op de hoogte te houden van onze nieuwe producten en diensten (direct marketing).

e. Wij maken uw persoonsgegevens over aan onze verzekerings- en herverzekeringpartners, met respect voor de hierboven vermelde doeleinden. In geen enkel geval geven wij uw persoonsgegevens door aan andere derden.

f. Wij bewaren uw persoonsgegevens voor de duur van uw verzekeringscontracten, en na het einde van deze contracten, tot de wettelijke verjaringstermijn.

g. Wanneer alle wettelijke vereisten vervuld zijn geniet u van het recht op toegang tot uw persoonsgegevens en van het recht tot rectificatie, van verwijdering, de beperking of het verbod tot verwerking, het recht op overdraagbaarheid en het recht uw toestemming in te trekken.

h. De noodzaak om persoonsgegevens te bezorgen kan, al naargelang van het geval, een reglementaire of een contractuele basis hebben en kan het al dan niet afsluiten van een overeenkomst bepalen. Het is verplicht ze te bezorgen. Het niet voldoen aan deze verplichting of het weigeren tot verwerking van gegevens kan leiden tot een weigering of de verbreking van de overeenkomst samen met de toepassing van de sancties voorzien in de wet van 4 april 2014 in geval van vergetelheid of onjuistheid

i. U hebt het recht een klacht neer te leggen bij de betrokken afdeling van AMMA Verzekeringen, bij de klachtendienst van AMMA Verzekeringen (via [compliance@amma.be](mailto:compliance@amma.be)) of bij de gegevensbeschermingsautoriteit ([contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)).

Door dit document te ondertekenen geeft u ons toestemming om gezondheids- en gerechtelijke gegevens die op u betrekking hebben, voor zover nodig, te verwerken voor de hierboven vermelde doeleinden. Als u handelt namens andere mensen, garandeert u dat u toestemming hebt gekregen van deze mensen om hun persoonsgegevens te verwerken.

Eerste deel: dient bij voorkeur door de verzekerde ingevuld te worden en naar de adviserende geneesheer van AMMA VERZEKERINGEN teruggestuurd te worden. Als de verzekerde niet in staat is om het formulier in te vullen, dient het ingevuld te worden door een familielid of door een wettelijke vertegenwoordiger, die de belangen van de verzekerde behartigt.

### Verzekeringnemer

|                    |  |                     |  |
|--------------------|--|---------------------|--|
| Contractnummer     |  |                     |  |
| Sociëtarisnummer   |  |                     |  |
| Naam, voornaam     |  |                     |  |
| Taal               |  |                     |  |
| Nationaliteit      |  |                     |  |
| Geboortedatum      |  |                     |  |
| Burgerlijke staat  |  |                     |  |
| Str., nr, bus      |  |                     |  |
| Postcode, gemeente |  |                     |  |
| Privé-telefoon     |  | Beroep. telefoon. 1 |  |
| Beroep. telefoon 2 |  | GSM                 |  |
| Telefax            |  | E-mail              |  |

### Verzekerde

Enkel in te vullen indien verschillend dan de verzekeringnemer.

|                    |  |                     |  |
|--------------------|--|---------------------|--|
| Naam, voornaam     |  |                     |  |
| Taal               |  |                     |  |
| Nationaliteit      |  |                     |  |
| Geboortedatum      |  |                     |  |
| Burgerlijke staat  |  |                     |  |
| Str., nr, bus      |  |                     |  |
| Postcode, gemeente |  |                     |  |
| Privé-telefoon     |  | Beroep. telefoon. 1 |  |
| Beroep. telefoon 2 |  | GSM                 |  |
| Telefax            |  | E-mail              |  |

### Wettelijke vertegenwoordiger

Enkel in te vullen indien verschillend dan de verzekeringnemer.

|                    |  |                     |  |
|--------------------|--|---------------------|--|
| Naam, voornaam     |  |                     |  |
| Taal               |  |                     |  |
| Nationaliteit      |  |                     |  |
| Geboortedatum      |  |                     |  |
| Burgerlijke staat  |  |                     |  |
| Str., nr, bus      |  |                     |  |
| Postcode, gemeente |  |                     |  |
| Privé-telefoon     |  | Beroep. telefoon. 1 |  |
| Beroep. telefoon 2 |  | GSM                 |  |
| Telefax            |  | E-mail              |  |

Ik verklaar wettelijk gemachtigd te zijn om de verzekerde te vertegenwoordigen en ik aanvaard de verantwoordelijkheid voor de antwoorden op onderstaande vragenlijst.

Opgesteld te

op

Handtekening van de vertegenwoordiger.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <p>1. Verblijft U momenteel</p> <p>- in uw huis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>- in een bejaardentehuis of home? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>- in een rust- of verzorgingstehuis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>Zo ja, preciseer waarom. Eventueel commentaar bijvoegen.</p> <p>- andere plaats? Preciseer.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |
| <p>2. Wat is de oorzaak van de staat van afhankelijkheid?</p> <p>- een ongeval? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>Zo ja, geef de exacte datum?</p> <p>Preciseer waarom. Eventueel commentaar bijvoegen.</p> <p>Welke zijn de letsels die tot de staat van afhankelijkheid geleid hebben?</p> <p>- een ziekte? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>Zo ja, geef de datum waarop de ziekte begonnen is?</p> <p>Om welke ziekte gaat het?</p> <p>Preciseer waarom. Eventueel commentaar bijvoegen.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |
| <p>Wanneer is de staat van afhankelijkheid begonnen?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
| <p>3. Gewone dagelijkse handelingen:</p> <p>Hebt U de hulp van een derde nodig om de hiernavolgende handelingen uit te voeren?</p> <p>Zich wassen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>Zo ja, preciseer waarom. Eventueel commentaar bijvoegen.</p> <p>Vooraf klaargemaakt eten opeten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>Zo ja, preciseer waarom. Eventueel commentaar bijvoegen.</p> <p>Drinken? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>Zo ja, preciseer waarom. Eventueel commentaar bijvoegen.</p> <p>Opstaan uit een bed of een stoel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>Zo ja, preciseer waarom. Eventueel commentaar bijvoegen.</p> <p>Gaan liggen of gaan zitten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>Zo ja, preciseer waarom. Eventueel commentaar bijvoegen.</p> <p>Naar het toilet gaan? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> |  |  |

Zo ja, preciseer waarom. Eventueel commentaar bijvoegen.

Aan- of uitkleden?

Zo ja, preciseer waarom. Eventueel commentaar bijvoegen

☐ ja

☐ neen

Bankrekeningnummer van de begunstigde:  
Eventuele opmerkingen:

Opgemaakt te , op

Handtekening verzekeringnemer.

Handtekening verzekerde.

Document terugsturen naar het volgende adres:  
SENIORPLAN  
T.A.V. DE ADVISERENDE GENEESHEER  
AMMA VERZEKERINGEN  
KUNSTLAAN 39 BUS 1, 1040 BRUSSEL

Tweede deel: dient ingevuld te worden door de behandelende arts of door de ziekenhuisarts die de verzekerde behandelt en teruggestuurd te worden naar de adviserende geneesheer van AMMA VERZEKERINGEN.

Naam, voornaam en adres van de verzekerde:

Geboortedatum:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                            |                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1. Wat is de exacte diagnose van de aandoening die tot de staat van afhankelijkheid leidt?                                                                                                                                                                                                  |                                                            |                                                                |
| 2. Op welke datum traden de eerste symptomen op van de aandoening die voor de staat van afhankelijkheid verantwoordelijk is?                                                                                                                                                                |                                                            |                                                                |
| 3. Op welke datum is de staat van afhankelijkheid begonnen?                                                                                                                                                                                                                                 |                                                            |                                                                |
| 4. Is de aandoening gestabiliseerd en de staat van afhankelijkheid geconsolideerd?<br>Indien neen, wat is uw prognose?                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ja                                | <input type="checkbox"/> neen                                  |
| 5. Lijdt de patiënt nog aan andere aandoeningen?<br>Zo ja, welke?                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja                                | <input type="checkbox"/> neen                                  |
| 6. Lijdt de patiënt aan urine-incontinentie?<br>Fecale incontinentie?                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen<br><input type="checkbox"/> neen |
| 7. Gewone dagelijkse handelingen – hulp van een derde nodig:<br>Zich wassen, zorgen voor de eigen lichaamshygiëne,<br>d.w.z. zich van boven tot onder wassen.<br>Zo ja, preciseer waarom. Eventueel commentaar bijvoegen.                                                                   | <input type="checkbox"/> ja                                | <input type="checkbox"/> neen                                  |
| Zich voeden, zich bedienen van vooraf klaargemaakt en<br>ter beschikking gesteld voedsel en dit opeten.<br>Zo ja, preciseer waarom. Eventueel commentaar bijvoegen.                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> ja                                | <input type="checkbox"/> neen                                  |
| Zich verplaatsen, opstaan uit een bed of een stoel, gaan<br>liggen, gaan zitten.<br>Zo ja, preciseer waarom. Eventueel commentaar bijvoegen.                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ja                                | <input type="checkbox"/> neen                                  |
| Zich aankleden, kleren of eender welke normaal gedragen<br>orthopedische prothese aan- of uittrekken; het onvermogen om<br>schoenveters te binden en los te maken of om kousen aan of uit<br>te trekken, wordt niet meegerekend.<br>Zo ja, preciseer waarom. Eventueel commentaar bijvoegen | <input type="checkbox"/> ja                                | <input type="checkbox"/> neen                                  |

Eventuele opmerkingen:

In het belang van de verzekerde kan U bij dit formulier eventuele medische protocollen of verslagen voegen die de staat van afhankelijkheid van het verzekerde objectief aantonen.

Opgemaakt te

, op

Naam, handtekening en stempel van de  
geneesheer.

Document terugsturen naar het volgende adres:  
SENIORPLAN  
T.A.V. DE ADVISERENDE GENEESHEER  
AMMA VERZEKERINGEN  
KUNSTLAAN 39 BUS 1, 1040 BRUSSEL

\* \* \*