

Agressie en andere beroepsrisico's 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

1. Voorafgaandelijke mededelingen

1.1. Ongevalsaangifte

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.

1.2. Samenstelling schadedossier

Voeg bij aangifte al de documenten die U reeds ontvangen heeft : PV van verhoor, attest van indienen klacht, medische attest, een bestek voor de herstellingen, fotos, oproepingsbrief, bewijs van kosten,...

1.3. Medisch geheim

Voeg bij de aangifte al de documenten die van enig nut zouden kunnen zijn (medisch dossier, operatieverslag, anesthesieverslag, protocols, 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, REGENTSCHAPSSTRAAT 52, 1000 BRUSSEL.

1.4. Briefwisseling

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

1.5. 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 Regentschapsstraat 52 te 1000 BRUSSEL. Voor elke vraag over dit onderwerp kunt u de verantwoordelijke van de gegevensbescherming contacteren op het adres: 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 rechtzetting, 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) of bij de gegevensbeschermingsautoriteit (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.

2. Verzekeringnemer

Voor de ondernemingen en verenigingen, gelieve duidelijk de benaming, de natuur en de contactpersoon te melden.

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

3. Verzekerde

Enkel in te vullen indien verschillend dan de verzekeringnemer

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

4. Bijkomende inlichtingen

Brandverzekering	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Naam van de verzekeraar		
Contractnummer		
BA familiale verzekering	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Naam van de verzekeraar		
Contractnummer		
Hospitalisatie verzekering	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Naam van de verzekeraar		
Contractnummer		
Andere verzekeringen		

5. Bezorgde dekking

		Materiele schade	Lichamelijke schade
Agressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Vandalisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	

Diefstal en poging tot diefstal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Diefstal op personen met geweld of bedreiging/hold-up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Carjacking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Reputatieschade	<input type="checkbox"/>		
Stalking (belaging) en seksuele belaging	<input type="checkbox"/>		
Cyberaanval	<input type="checkbox"/>		
Second victim	<input type="checkbox"/>		

6. Gemeenschappelijke vragen

Plaats, datum en uur van het ongeval:

Beschrijving van de omstandigheden van het ongeval:

Getuigen
Volledige naam en adres :

Werd er een proces-verbaal opgemaakt ? ja neen
Door welke verbaliserende overheid ?
Welk gevolg werd er aan gegeven ?

7. Stoffelijke schade

Welke schade heeft U geleden ? Voor de diefstal, geef een volledige beschrijving van de gestolen goederen, samen met de identiteit van de verkoper, de aankoopdatum en de aankoopprijs:

Geef een beschrijving en voeg een herstellingsbestek als bijlage

Geef een omschrijving van de schade aan het gebouw indien U enkel huurder van het goed bent.

Zijn de beschadigde objecten door een andere verzekeraar verzekerd ? ja neen
Indien ja, door welke maatschappij en onder welke referte ?
Welk gevolg werd er aan gegeven ?

Ongeval geoorzaakt door een derde
 Volledige naam en adres van de derde :

7. Lichamelijke schade

Kunt U de opgelopen letsels beschrijven ?

Aanvangsdatum van de aandoening aan de basis van de werkonbekwaamheid :

Betreft het een eerste symptoom?

ja

neen

Welke was uw vroegere gezondheidstoestand ?

Zijn er analoge antecedenten ?

ja

neen

Was er toen hospitalisatie? ja

neen

Was er toen werkonderbreking? ja

neen

Duur :

Wanneer hebt U een geneesheer geroepen ?

Naam en adres van deze geneesheer :

Is hij uw huisarts?

ja

neen

Heeft U uw beroepsactiviteiten moeten stopzetten ?

ja

neen

volledig

sedert

gedeeltelijk

% sedert

Werd U gehospitaliseerd ?

ja

neen

sedert

Vermoedelijke datum van uw werkhervatting :

gedeeltelijk

% vanaf

volledig

vanaf

8. Inlichtingen en bijkomende opmerkingen

Ik, ondergetekende, bevestig de juistheid en oprechtheid van de voorgaande verklaringen, en overeenkomstig aan mijn contractuele verplichtingen, zelfs al werden ze niet eigenhandig door mij geschreven.

Elke handtekening dient voorafgegaan te worden door de eigenhandig geschreven woorden "gelezen en goedgekeurd".

Opgemaakt te _____, op _____

Handtekening van de verzekeringnemer. _____ Handtekening verzekerde.

Document terugsturen naar het volgende adres :
AMMA VERZEKERINGEN
T.A.V. DE ADVISERENDE GENEESHEER
REGENTSCHAPSSTRAAT 52, 1000 BRUSSEL

Belangrijke opmerking :

Huidige verklaring, vergezeld van een medisch getuigschrift, dient aan AMMA VERZEKERINGEN overgemaakt te worden, binnen de 48 uur.

GETUIGSCHRIFT VAN VASTSTELLING

Ik, ondergetekende _____, dokter in geneeskunde
verklaar onderzocht te hebben op _____, de genaamde
volgens zijn verklaringen slachtoffer was van een ongeval op _____
De vastgestelde kwetsuren zijn de volgende :

Deze veroorzaken een volledige (1) werkonbekwaamheid van _____ en/of een gedeeltelijke
onbekwaamheid (1) van _____ op basis van _____ %.

Waarschijnlijke gevolgen :
Waar werd het slachtoffer verzorgd ?
De voorgestelde behandeling is de volgende

Voorafbestaande toestand die de huidige gevolgen zouden kunnen verergeren

Is er een blijvende onbekwaamheid te vrezen ?
Opmerkingen :

Opgemaakt te _____, op _____

Handtekening van de geneesheer.

GETUIGSCHRIFT VAN GENEZING

Ik, ondergetekende _____ dokter in geneeskunde
verklaar dat de genaamde _____ hersteld is van zijn kwetsuren, en in de
mogelijkheid is zijn werkzaamheden te hernemen vanaf _____ .
De onbekwaamheid was volledig van _____ tot _____ (uitgesloten); en gedeeltelijk op basis
van _____ % van _____ tot _____ (uitgesloten).
Indien de op het getuigschrift van vaststelling voorziene onbekwaamheid overschreden werd, welk
is hiervan de reden :

Dit ongeval heeft geen/een bestendige onbekwaamheid veroorzaakt.

Opgemaakt te _____ , op _____

Handtekening van de geneesheer.

* * *