

Gewaarborgd Inkomen 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. 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.

1.2. Samenstelling schadedossier

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

1.3. 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, 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 ongevalsangifte zal ontvangen.

1.5. Verklaringen

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

1.6. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

De persoonsgegevens worden verwerkt door AMMA Verzekeringen, als verantwoordelijke voor de verwerking, overeenkomstig Verordening (EU) 2016/679 (AVG) en de toepasselijke Belgische wetgeving inzake gegevensbescherming.

De volledige modaliteiten van de verwerking en de rechten van de betrokkenen worden beschreven in het Privacycharter, beschikbaar via www.amma.be/nl/charter-prive-leven.

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			
Nationaal Nummer/ Ondernemingsnummer			
Geboortedatum			
Burgerlijke staat			
Beroep			
Str., nr., bus			
Postcode, gemeente			
Privé-telefoon		Beroep. telefoon. 1	

Beroep. telefoon 2		GSM	
Telefax		E-mail	

3. Verzekerde

Enkel in te vullen indien verschillend dan de verzekeringnemer.

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

4. Het slachtoffer

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

1. Aan welke ziekte lijdt U? Indien ongeval, omschrijf uw letsels.

2. Aanvangsdatum van de aandoening aan de basis van de werkonbekwaamheid:
Betreft het een eerste symptoom? ja neen

3. Welke was uw vroegere gezondheidstoestand?
Zijn er analoge antecedenten? ja neen
Was er toen hospitalisatie? ja neen
Was er toen werkonderbreking? ja neen
Duur:

4. Wanneer hebt U een geneesheer geroepen?
Naam en adres van deze geneesheer:

Is hij uw huisarts?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
5. Heeft U uw beroepsactiviteiten moeten stopzetten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> volledig <input type="checkbox"/> gedeeltelijk	<input type="checkbox"/> ja sedert <input type="checkbox"/> neen sedert
Werd U gehospitaliseerd?	%	<input type="checkbox"/> ja sedert <input type="checkbox"/> neen
6. Vermoedelijke datum van uw werkhervatting:	<input type="checkbox"/> gedeeltelijk <input type="checkbox"/> volledig	% vanaf vanaf
7. Nummer financiële rekening van de begunstigde:		
8. Naam en adres van de begunstigde:		

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

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

Opgemaakt te _____, de

Handtekening 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
die (volgens zijn/haar verklaringen) lijdend is aan de volgende ziekte of letsels:

sedert: _____ dagen; en/of gedeeltelijke
Deze veroorzaken een volledige werkonbekwaamheid van _____ dagen op basis van
onbekwaamheid van _____ %.

Waarschijnlijke gevolgen

Waar wordt genaamde verzorgd?

De voorgestelde behandeling is de volgende:

Voorafbestaande toestand die de gevolgen van de huidige ziekte of letsels zou kunnen beïnvloeden:

Opmerkingen:

Opgemaakt te _____, op _____

Handtekening van de geneesheer.

