

# Schademelding

## Ongevallenverzekering



VERTROUWELIJK

Contract nr: .....  
Maatschappijcode: .....  
Schadegeval nr: .....  
Briefwisseling sturen naar:  producent  verzekerde  verzekeringnemer  
Producent / rekening nr: ..... Referte van de producent .....  
Benaming: .....  
Woonplaats: ..... Tel.: ..... Fax: .....

Dit document moet door de verzekerde zo volledig mogelijk ingevuld EN ondertekend te worden EN daarna onmiddellijk teruggestuurd te worden naar AG Insurance, ter attentie van de adviserende geneesheer.

### Verzekeringnemer

Naam en voornaam of benaming: LANXESS nv  
Woonplaats [gemeente, straat, nr.,bus]: Haven 507 - Scheldelaan 420  
B - 2040 ANTWERPEN  
Tel. en/of GSM .  
E-mail: .

### Verzekerde

Naam en voornaam: .....  
Woonplaats [gemeente, straat, nr.,bus]: .....  
Tel. en/of GSM ..... Fax: .....  
E-mail: .....  
Plaats en datum van geboorte: ..... op ..... / ..... / .....  
Beroep: .....  
Bankrekening: ..... op naam van: .....  
INSZ [identificatienummer sociale zekerheid]: .....

### Ziekenfonds [vragen beantwoorden of mutualiteitsstrookje opkleven]

Is de verzekerde aangesloten bij een ziekenfonds:

- voor de kleine risico's?  JA  NEEN
- voor de grote risico's?  JA  NEEN

Aansluitingsnummer: .....  
Benaming en adres: .....

## Betaling

Medische kosten en vergoedingen moeten betaald worden aan:  producent  verzekerde  verzekeringnemer

Betaling op:  producentrekening  bankrekeningnummer .....

## Ongeval

### Situering en beschrijving van het voorval

Datum: op ..... / ..... / ....., om ..... uur

Juiste plaats van het ongeval: .....

Zo volledig mogelijke beschrijving van de omstandigheden en de oorzaken van het ongeval:

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

• **Defende het slachtoffer zijn beroep uit op het ogenblik van de feiten?**

JA  NEEN

• **Zijn er getuigen van het voorval?**

JA  NEEN

Zo ja, Naam, Voornaam, adres en telefoonnummer:

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

• **Welke zijn de gevolgen van het ongeval ?**

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

• **Werd er een proces-verbaal opgemaakt?**

JA  NEEN

Zo ja,

Identiteit van verbaliserende overheid? .....

Opgesteld op ..... / ..... / ..... PV nr .....

• **Indien het slachtoffer minderjarig is:**

Naam, voornaam en volledig adres van de wettelijke vertegenwoordiger[s] :

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

• **Bestaat er een verzekeringspolis bij een andere maatschappij voor hetzelfde risico?**

JA  NEEN

Zo ja, benaming van de maatschappij, polisnummer en aard van verzekering:

.....  
.....

De verzamelde persoonsgegevens worden verwerkt door AG Insurance, als verantwoordelijke voor de verwerking, overeenkomstig de algemene verordening gegevensbescherming van 27 april 2016 en alle andere geldende Belgische regelgevingen betreffende gegevensbescherming. De verzamelde gegevens worden verwerkt voor de volgende doeleinden: het beheer van het vermelde schadegeval. Deze gegevens kunnen indien nodig doorgegeven worden aan derden voor zover er een gewettigd belang bestaat. De gegevens kunnen ook meegegeed worden aan om het even welke persoon of instantie in het kader van een wettelijke verplichting of een administratieve of rechterlijke beslissing.

De verwerkte gegevens worden bijgehouden gedurende de hele periode van het schadebeheer, de wettelijke verjaringstermijn, alsook gedurende elke andere wettelijke en reglementaire bewaartermijn.

Binnen de grenzen van de wet heeft u het recht om kennis te nemen van uw gegevens, om ze, in voorkomend geval, te laten verbeteren.

U heeft het recht om zich te verzetten tegen de verwerking van uw gegevens, alsook om uw gegevens te laten verwijderen. In die gevallen is het mogelijk dat AG Insurance de bovenvermelde doeleinden niet kan voortzetten.

U kunt uw rechten uitoefenen door een gedateerde en ondertekende aanvraag samen met een tweezijdige kopie van uw identiteitskaart per post te verzenden naar AG Insurance, Data Protection Officer, 1000 Brussel, Emile Jacqmainlaan 53, of per e-mail aan: [AG\\_DPO@aginsurance.be](mailto:AG_DPO@aginsurance.be).

U kan meer informatie verkrijgen via ditzelfde adres, alsook in de Privacyverklaring van AG Insurance die u terugvindt op de website: [www.aginsurance.be](http://www.aginsurance.be).

Ik verklaar uitdrukkelijk akkoord te gaan met de verwerking van de persoonsgegevens over mijn gezondheid of die van de persoon die ik vertegenwoordig, door AG Insurance en door haar aangestelden met het oog op het beheer van het vermelde schadegeval, in het bijzonder de vaststelling en de evaluatie van de opgelopen lichamelijke en materiële schade, en dat deze verwerking mag geschieden buiten de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg.

De ondergetekende stemt in met een eventueel medisch onderzoek.

Ik werd geïnformeerd over mijn recht om op elk ogenblik mijn toestemming voor de verwerking van de persoonsgegevens over mijn gezondheid in te trekken.

Ik erken dat AG Insurance zich in dat geval in de onmogelijkheid zou bevinden om de doeleinden te verwezenlijken waarmee ik was akkoord gegaan.

Ik, ondergetekende, verklaar dat de voorafgaande antwoorden volledig zijn en met de waarheid overeenstemmen.

Ik verbind er mij toe bij derden (behandelende artsen, verpleeginrichtingen, instellingen van sociale verzekeringen, andere verzekeringsmaatschappijen, overheid, enz...) alle inlichtingen in te winnen aangaande de overkomen ziekten, ongevallen en aandoeningen en deze te verstrekken aan de adviserende arts van de verzekeraar.

Gedaan te ..... op ..... / ..... / .....

Naam, voornaam en handtekening van de verzekerde