

- 1) Naam van de geneesheer _____ Voornaam _____
Adres _____
- 2) Naam van het slachtoffer _____ Voornaam _____
Adres _____

- 3) Datum van het ongeval _____
- 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 _____

- 10) Is u van mening dat de vastgestelde verwonding het gevolg kan zijn van het in rubriek A.7 vermelde ongeval ?
- 11) Kan hier sprake zijn van een vroegere toestand (gebrekkigheden, kwalen of ziekten) ?
Zo ja, welke ?
- 12) a) Werd er overgegaan tot een heelkundige ingreep ? ja neen
Zo ja, welke ?
- b) In welke inrichting en door welke chiriurg ?
Werd er overgegaan tot een radiografisch onderzoek van diagnose en/of controle? ja neen
Door welke radioloog ?
- c) Wents u een tussenkomst van een specialist ? ja neen
- 13) Opmerkingen

Opgemaakt te

op

Handtekening

[B] bericht aan de ouders van een leerling die het slachtoffer is van een schoolongeval of een ongeval op het schooltraject

- 1) Uw kind werd slachtoffer van een schoolongeval waarvoor Ethias optreedt als verzekeraar.
- 2) Het verzekeringscontract voorziet in terugbetaling van de behandelingskosten met verwijzing naar het RIZIV-barema tot beloop van het eventuele overschot na tegemoetkoming van het ziekenfonds. Behoudens uitzondering komen slechts die 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 en de ouders hebben vrijheid van keuze van arts of ziekenhuis obgeacht 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
Verzekeringsinstelling
Inschrijvingsnummer

Voornaam

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 gericht worden aan :

° Ethias - Dienst 2160 Prins-Bisschopssingel 73 B-3500 Hasselt
fax 011 28 26 60 klachten.col@ethias.be

° Ombudsman van de verzekeringen - de Meeûsplantsoen 35
B-1000 Brussel fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as

° Commissie voor het bank-, Financiële- en Assurantiewezen -
Congresstraat 10-16 B-1000 Brussel fax 02 220 58 17

Opgemaakt te _____ op _____
Ik machtig Ethias mijn gezondheidsgegevens (of die van mijn kind) te verwerken
Handtekening _____