DVV verzekeringen

Agentschapnummer
Naam - (ev.) rechtsvorm
Adres - maatschappelijke zetel

Ond.nr./BTW-nr.
IBAN-nr.
FSMA-nr.

Afdeling : HOSPITALISATIE RETAIL

Schadeaangifte INDIVIDUELE HOSPITALISATIEVERZEKERING

Aangifte voor polis met nummer 4 1 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DIT DOCUMENT MOET DOOR DE VERZEKERDE WORDEN INGEVULD
We vragen u drukletters te gebruiken en ons dit formulier zo vlug mogelijk terug te bezorgen.

Opgelet ! Het onvolledig invullen van dit formulier kan de vergoeding van uw kosten vertragen.

VERZEKERINGNEMER

IBAN-nummer van de verzekeringnemer B E ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

PSI-nr ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

VERZEKERDE

Geboortedatum ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Adres
Huisnummer
Straatnaam
Postcode
Gemeente

Telefoonnummer ☐☐☐ / ☐☐☐☐☐☐☐

Beroep

Is de verzekerde bij DVV of een andere maatschappij verzekerd door een contract dat gelijkaardige waarborgen omvat ? JA - NEEN

Zo ja, vermeld maatschappij en polisnummer _____

ENKEL IN TE VULLEN IN GEVAL VAN HOSPITALISATIE TEN GEVOLGE VAN EEN ONGEVAL

Datum van opname ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Tijdstip en plaats van het ongeval _____

Aansprakelijke derde _____

Zijn verzekeringsmaatschappij _____ Polisnummer _____

Relaas van de feiten _____

043/0106 - 05/2018

Werd proces-verbaal opgemaakt ? Door wie ? _____ nummer _____

Was de verzekerde op het ogenblik van het schadegeval in dienst van een werkgever of op weg van of naar het werk ?

JA - NEEN

Beschrijf de letsels in detail _____

(aard, lokalisatie, aanvang, enz.) _____

_____

Leed u voor het ongeval aan een of andere gebrekkigheid of ziekte ? JA - NEEN

Zo ja, welke ? _____

In welke mate wordt de evolutie van de letsels erdoor beïnvloed ? _____

_____

ENKEL IN TE VULLEN IN GEVAL VAN HOSPITALISATIE TEN GEVOLGE VAN ZIEKTE, ZWANGERSCHAP OF BEVALLING

Datum van opname: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Hebt u een heelkundige ingreep ondergaan of zult u er een ondergaan? JA - NEEN

Aard van de ingreep: _____

Aard van de aandoening: _____

_____

Wanneer werden de eerste verschijnselen waargenomen-? ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Werd u reeds eerder voor deze aandoening behandeld ? JA - NEEN

Zo ja, vermeld de vorige periodes van behandeling (al of niet gepaard gaande met een hospitalisatie).

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ tot ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ tot ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ tot ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Vermeld door welke geneeshe(e)r(en) :

naam en adres : _____

_____

_____

Ik, ondergetekende, verklaar dat alle antwoorden op de vragen gesteld op deze schadeaangifte, volledig, oprecht en naar waarheid werden geformuleerd, zelfs indien een derde ze zou hebben geschreven.

Bescherming van uw persoonsgegevens

Informatie

Belins NV (gekend onder de merk- en handelsnaam "DVV") en, desgevallend, uw verzekeringstussenpersoon verwerken uw persoonsgegevens voor verschillende doeleinden waaronder het sluiten en het uitvoeren van verzekeringscontracten, het naleven van wettelijke verplichtingen, de evaluatie van de klantrelatie, direct marketing en fraudebestrijding. Deze gegevens worden niet langer bewaard dan noodzakelijk voor de verwerking waarvoor ze werden ingezameld.

Uw persoonsgegevens kunnen eveneens in verband met voormelde doeleinden worden meegedeeld aan de met Belins NV verbonden ondernemingen en gespecialiseerde dienstverleners zoals experten, herstellers, herverzekeringsondernemingen en Datassur ESV.

U hebt het recht om uw persoonsgegevens waarover wij beschikken in te zien en ze desgevallend te laten corrigeren of verwijderen. U kunt ook vragen om sommige van deze gegevens over te dragen naar een derde partij of rechtstreeks naar uzelf. Daarenboven kunt u vragen de verwerking te beperken.

Voor de verwerking van persoonsgegevens waarvoor u uw toestemming hebt gegeven, heeft u het recht uw toestemming te allen tijde in te trekken, zonder dat dit afbreuk doet aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking daarvan.

Recht van verzet

U heeft het recht zich te verzetten tegen de verwerking van bepaalde persoonsgegevens en kunt zich op elk moment verzetten tegen het gebruik van uw persoonsgegevens voor direct marketing.

Meer informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens, de doeleinden van de verwerking en het uitoefenen van uw rechten vindt u terug in het Privacycharter van DVV. Dit charter is beschikbaar bij uw verzekeringstussenpersoon en kan eveneens geraadpleegd worden op www.dvv.be/privacycharter.

TOESTEMMING

Indien u akkoord gaat met onderstaande bepaling, gelieve het daartoe voorziene vakje aan te vinken.

☐ **U geeft hierbij toestemming voor de verwerking van gegevens met betrekking tot uw gezondheid wanneer deze gegevens noodzakelijk zijn voor het sluiten en het uitvoeren van het verzekeringscontract. Deze gegevens kunnen enkel worden verwerkt door de raadgevend geneesheer, uw verzekeringstussenpersoon en de medewerkers van DVV voor zover zij belast zijn met één of meer taken die verband houden met voormelde doeleinden en door eventuele derden waarvan de tussenkomst noodzakelijk is bij de uitvoering van voormelde taken. U geeft hierbij toestemming aan de behandelende arts om na uw eventuele overlijden een verklaring over de doodsoorzaak te geven aan de raadgevend geneesheer van DVV.**

In _____ op _____

Naam en handtekening van de verzekerde