

Collectieve ongevallen: Aangifte van ongeval

- Stuur dit formulier binnen de 10 werkdagen na het ongeval naar de verzekeraar samen met het medisch attest van eerste verzorging.
- Indien het aan te geven ongeval een arbeidsongeval is, onderworpen aan de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971, volstaat een eenmalige aangifte van het arbeidsongeval op de polis 'Arbeidsongevallen' teneinde te genieten van de eventuele waarborg 'Excedent-Wet'. Indien het risico Arbeidsongevallen echter verzekerd is bij een andere verzekeraar, dient een afschrift van die aangifte bezorgd te worden aan Allianz Belgium nv met vermelding van het overeenstemmende polisnummer bij Allianz Belgium nv.

Nummer verzekeringspolis: BCCW

Het ongeval betreft het volgend risico zoals gedekt door de verzekeringspolis: (zie polis)

<input type="checkbox"/> Excedent-Wet	<input type="checkbox"/> Privé-Leven	<input type="checkbox"/> 24U/24U
<input type="checkbox"/> Stagiaires	<input type="checkbox"/> IBO	<input type="checkbox"/> Vrijwilligers
<input type="checkbox"/> Diverse		

Verzekerde personeelscategorie:

De werkgever en/of de verzekeringnemer

Naam:	Voornaam:
Handelsnaam:	
Adres: Straat:	Nr/Bus:
Postnummer:	Woonplaats:
Activiteit van de onderneming:	
Contactpersoon: Naam:	
Telefoonnummer:	E-mail (facultatief):
Rekeningnummer bij een financiële instelling (IBAN):	<input type="text"/>
BIC Code:	<input type="text"/>
Sociaal Secretariaat: Naam:	
Adres: Straat:	Nr/Bus:
Postnummer:	Woonplaats:
Aansluitingsnummer:	

Slachtoffer van het ongeval

INSZ (identificatienummer bij de sociale zekerheid)		<input type="text"/>		
Naam:		Voornaam:		
Geboorteplaats:		Geboortedatum:		
Geslacht	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw	Nationaliteit:	
Burgerlijke stand:	<input type="checkbox"/> ongehuwd	<input type="checkbox"/> gehuwd	<input type="checkbox"/> gescheiden	<input type="checkbox"/> weduw(e)naar
Hoofdverblijfplaats of correspondentieadres:				
Adres: Straat:		Nr/Bus:		
Postnummer:		Woonplaats + land:		
Taal van de correspondentie met de getroffen(en):		<input type="checkbox"/> Frans	<input type="checkbox"/> Nederlands	<input type="checkbox"/> Duits
Verwantschap met de werkgever:				
<input type="checkbox"/> geen verwantschap	<input type="checkbox"/> eerste graad (ouders en kinderen)	<input type="checkbox"/> andere (vb. oom, grootouders)		
Mutualiteit: Code of naam:				
Adres: Straat:		Nr/Bus:		
Postnummer:		Woonplaats:		
Aansluitingsnummer:				
Rekeningnummer bij een financiële instelling (IBAN):		<input type="text"/>		
BIC Code:		<input type="text"/>		

Beschrijving van het ongeval

Dag van het ongeval:	datum:	uur:	min.:	
Datum van kennisgeving aan de werkgever:		uur:	min.:	
Aard van het ongeval:				
<input type="checkbox"/> arbeidsongeval	<input type="checkbox"/> ongeval op de werkweg	<input type="checkbox"/> ongeval privé leven		
<input type="checkbox"/> verkeersongeval privé leven	<input type="checkbox"/> sportongeval privé leven			
Plaats van het ongeval:				
Postcode:		Woonplaats + land:		
Beschrijf de omstandigheden van het ongeval en de gebeurtenissen die er toe geleid hebben:				
Oefende de getroffene een bezigheid uit in het kader van zijn gewoon beroep?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen	
Zo neen, welke bezigheid oefende hij uit?				
Werd er een proces-verbaal opgesteld?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen	<input type="checkbox"/> niet bekend
Zo ja, het proces-verbaal is bekend onder identificatienummer en werd opgesteld te		datum:	door:	

Kan een derde aansprakelijk gesteld worden voor het ongeval: ja neen niet bekend

Indien ja,

Naam: Voornaam:

Adres: Straat: Nr/Bus:

Postnummer: Woonplaats:

Naam en adres verzekeraar:

Polisnummer:

Waren er getuigen aanwezig? ja neen niet bekend

Indien ja,

Naam:

Adres: Straat: Nr/Bus:

Postnummer: Woonplaats:

Werden er medische zorgen verstrekt door een externe geneesheer? ja neen niet bekend

Zo ja, datum uur: min.:

Identificatienummer van de geneesheer bij het RIZIV: - -

Naam van de geneesheer: Voornaam:

Adres: Straat: Nr/Bus:

Postnummer: Woonplaats:

Gevolgen van het ongeval

geen arbeidsongeschiktheid tijdelijke arbeidsongeschiktheid

blijvende arbeidsongeschiktheid te voorzien overlijden, datum overlijden:

Stopzetting van de beroepsactiviteit: datum: uur: min.:

Waarschijnlijke duur van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid: dagen

Vergoedingsbasis van de getroffen(e)

Is de getroffen(e) onderworpen aan de RSZ? ja neen

Zo neen, geef de reden:

Vermeld de beroeps categorie van de getroffen(e):

arbeider bediende

leerling, stagiair of leerjongen persoon in individuele beroepsopleiding (IBO)

gesubsidieerde contractuele bezoldigde sportlui

ambtenaar dienstboden (en huispersoneel)

vrij beroep zelfstandige

getroffen(e) heeft geen beroepsactiviteit (meer) andere (te bepalen)

