

## AANGIFTE ARBEIDSONGESCHIKTHEID (S28/2)

**BELANGRIJK!** Gelieve deze aangifte vervolledigd en ondertekend terug te sturen binnen de 5 dagen volgend op het begin van uw arbeidsongeschiktheid.

Gelieve bij deze aangifte de medische verslagen te voegen die opgemaakt werden ingevolge uw arbeidsongeschiktheid, alsook de verslagen van de verschillende onderzoeken, zodat onze raadsgeneesheer, Dr. J. Heeren, snel en correct het recht op prestaties kan beoordelen.

### Terugsturen naar :

DKV Belgium N.V. – Afdeling Invaliditeit – Medische Dienst | Bischoffsheimlaan 1-8 | 1000 Brussel | Fax: 32 (0)2 278 24 26  
 administratieve e-mail: claims-inv@dkv.be | medische e-mail: dkvmed@dkv.be

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| • De <b>verzekerde persoon</b> vervolledigt de rubrieken: | I. Identificatie                   |
|   | II. Ongeval                        |
|   | III. Verklaring en toestemming     |
| • De <b>verzekeringnemer</b> vervolledigt rubriek:        | IV. Begunstigde van de uitkeringen |
| • De <b>raadsgeneesheer</b> vervolledigt rubriek:         | V. Medisch attest                  |

### I. Identificatie (te vervolledigen door de verzekerde persoon)

#### 1. Gegevens van de persoon die arbeidsongeschikt is ingevolge ziekte of ongeval:

Polisnr.:

Naam: \_\_\_\_\_ Voornaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum:  /  /  Geslacht :  M  V

Straat : \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_ Bus: \_\_\_\_\_

Postcode:  Gemeente : \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Telefoon / GSM: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

#### 2. Beroepsactiviteit van de persoon die arbeidsongeschikt is ingevolge ziekte of ongeval:

- Gelieve uw beroepsactiviteiten nauwkeurig te omschrijven:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Hoeveel bedraagt het aandeel (in %):  
 handenarbeid \_\_\_\_\_ %  
 administratieve taken \_\_\_\_\_ %
- Wie verricht uw administratieve taken (boekhouding / facturering / prospectie / offertes)?  
 \_\_\_\_\_
- Verplaatst u zich regelmatig met de wagen of met een ander vervoermiddel?  Ja  Neen
- Werkt u met bedienden/arbeiders/vennoten?  Ja  Neen Zo ja, hoeveel? \_\_\_\_\_
- Hoeveel bedraagt uw aandeel (in %) actieve deelname:  
 In het dagelijks werk : \_\_\_\_\_ %  
 In het toezicht op de activiteiten van uw personeel : \_\_\_\_\_ %
- Oefent u een bijberoep uit?  Ja  Neen  
 Zo ja, precieseer: \_\_\_\_\_

## Identificatie (vervolg)

### 3. Wat is uw sociaal statuut?

- Zelfstandige?  Ja  Neen Zo ja, Ondernemingsnr. (KBO): \_\_\_\_\_
- Loontrekkende?  Ja  Neen Zo ja, gelieve punt 4. in te vullen
- Ambtenaar?  Ja  Neen Zo ja, gelieve punt 4. in te vullen
- Werkloze / gepensioneerde?  Ja  Neen Zo ja, sinds  /  /

### 4. Gegevens van uw werkgever:

Benaming: \_\_\_\_\_

Straat: \_\_\_\_\_ Nr: \_\_\_\_\_ Bus: \_\_\_\_\_

Postcode:  Gemeente: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Contactpersoon: \_\_\_\_\_

Aard van de arbeidsovereenkomst:  voltijds  deeltijds  uitzendkracht

### 5. Gegevens van uw ziekenfonds (vervolledigen of kleefvignet van uw ziekenfonds aanbrengen):

Benaming: \_\_\_\_\_

Straat: \_\_\_\_\_ Nr: \_\_\_\_\_ Bus: \_\_\_\_\_

Postcode:  Gemeente: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Inschrijvingsnr.: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### 6. Verklaring(en) bij andere verzekeraars:

- Heeft u uw arbeidsongeschiktheid gemeld bij een andere verzekeraar (Fonds voor de beroepsziekten, Fonds voor arbeidsongevallen, uw ziekenfonds, enz.)?

Ja  Neen Zo ja, preciseer:

Naam verzekeraar 1: \_\_\_\_\_

Straat: \_\_\_\_\_ Nr: \_\_\_\_\_ Bus: \_\_\_\_\_

Postcode:  Gemeente: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Polisnr. / Referenties: \_\_\_\_\_

Naam verzekeraar 2: \_\_\_\_\_

Straat: \_\_\_\_\_ Nr: \_\_\_\_\_ Bus: \_\_\_\_\_

Postcode:  Gemeente: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Polisnr. / Referenties: \_\_\_\_\_

- Heeft u recht op een financiële tussenkomst vanwege deze verzekeraar?

Verzekeraar 1  Ja  Neen

Verzekeraar 2  ja  Neen

## II. Ongeval (te vervolledigen door de verzekerde persoon enkel bij ongeval)

- Datum v/h ongeval:  /  /  Uur:  U
- Aard v/h ongeval:  privé-ongeval  arbeidsongeval  
 sportongeval
- Plaats v/h ongeval: \_\_\_\_\_  
Straat: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Bus: \_\_\_\_\_  
Postcode:  Gemeente : \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_
- Beschrijving oorzaken en omstandigheden: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Aard van de letsels: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Aard v/d behandeling(en): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Werd een proces-verbaal opgemaakt?  Ja  Neen  
Zo ja, gelieve een kopie van het proces-verbaal bij te voegen.
- Is er een derde partij betrokken?  Ja  Neen  
Kan de derde verantwoordelijk gesteld worden voor het ongeval?  Ja  Neen  
Zo ja, naam en voornaam v/d verantwoordelijke derde: \_\_\_\_\_  
Straat: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_ Bus: \_\_\_\_\_  
Postcode:  Gemeente: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_  
Naam verzekeraar v/d verantwoordelijke derde: \_\_\_\_\_  
Straat: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_ Bus: \_\_\_\_\_  
Postcode:  Gemeente: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_  
Polisnr./ Referenties: \_\_\_\_\_
- Gegevens van uw verzekeraar burgerlijke aansprakelijkheid:  
Naam verzekeraar: \_\_\_\_\_  
Straat: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_ Bus: \_\_\_\_\_  
Postcode:  Gemeente: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_  
Polisnr./ Referenties: \_\_\_\_\_

### III. Verklaring en toestemming (te vervolledigen en te ondertekenen door de verzekerde persoon)

Ik verklaar deze schade-aangifte correct, volledig en zonder omissie te hebben ingevuld.

Ik verbind mij ertoe om, op verzoek van de verzekeraar, alle administratieve en medische inlichtingen te bezorgen teneinde het recht op uitkering te kunnen bepalen. Daarom geef ik de raadsgeneesheer, Dr. J. Heeren, de toestemming:

- om bij de behandelende geneeshe(e)r(en) de medische informatie op te vragen die nodig is,
- om bij mijn ziekenfonds persoonsgebonden gegevens m.b.t. de prestaties 'gezondheidszorg' en/of 'arbeidsongeschiktheid' op te vragen.

Als tegenprestatie voor de betaling van de verzekeringsprestatie, aanvaard ik dat DKV Belgium, ten belope van dit bedrag, in mijn rechten en vorderingen treedt, om aanspraak te kunnen maken op herstel van schade jegens derden, overeenkomstig artikel 31 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden.

Voor echt verklaard,

Naam en voornaam van de verzekerde persoon of van zijn wettelijke vertegenwoordiger: \_\_\_\_\_

Datum:   /   / 2 0

Handtekening:

### IV. Begunstigde van de uitkeringen (te vervolledigen en te ondertekenen door de verzekeringnemer)

#### 1. Gegevens van de begunstigde:

Naam<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ Voornaam<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Geboortedatum (indien natuurlijke persoon)<sup>1</sup>:   /   /

Ondernemingsnr. (KBO) (indien morele persoon)<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Straat: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_ Bus: \_\_\_\_\_

Postcode:     Gemeente: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Telefoon / GSM: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

#### 2. Bankrekening van de begunstigde:

IBAN-nr.:     -     -     -

BIC-code:

Naam en voornaam v/d rekeninghouder: \_\_\_\_\_

Voor echt verklaard,

Naam en voornaam van de verzekerde persoon of van zijn wettelijke vertegenwoordiger: \_\_\_\_\_

Datum :   /   / 2 0

Handtekening:

<sup>1</sup> De melding van deze gegevens aan de FOD Financiën is verplicht voor de opmaak van de fiscale fiche.

## V. Medisch attest (voorbehouden aan de behandelende geneesheer)

**BELANGRIJK!** Onze raadsgeneesheer, Dr. J. Heeren, verzoekt de behandelende geneesheer, met toestemming van de verzekerde persoon:

- te antwoorden op alle vragen van dit medisch attest;
- de medische verslagen bij te voegen die opgemaakt zijn ingevolge de arbeidsongeschiktheid, vergezeld van de verslagen van de verschillende onderzoeken.

De meegedeelde medische gegevens worden verwerkt in overeenstemming met de wetgeving inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en van de bescherming van het medisch geheim.

Polisnr.:

Naam en voornaam v/d verzekerde persoon: \_\_\_\_\_

Geboortedatum:  /  /

• Oorzaak arbeidsongeschiktheid:  ongeval  ziekte  andere reden (preciseer): \_\_\_\_\_

• Diagnose en beschrijving v/d letsels: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Symptomen v/d aandoening: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Datum optreden van de eerste symptomen: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

• Datum van eerste behandeling en/of medisch onderzoek: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

• Uitgevoerde onderzoeken:

Datum	Type	Besluit
_____ / _____ / _____	_____	_____
_____ / _____ / _____	_____	_____
_____ / _____ / _____	_____	_____

• Ingestelde en/of voorziene behandelingen:

Datum	Beschrijving v/d behandeling
_____ / _____ / _____	_____
_____ / _____ / _____	_____
_____ / _____ / _____	_____

• Bestaat er een verband met een voorafgaande ziekte of ongeval?  Ja  Neen

Zo ja, preciseer (met data): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Werd de verzekerde persoon voor de huidige aandoening behandeld door andere dokters?  Ja  Neen

Zo ja, preciseer : Dokter: \_\_\_\_\_ Specialiteit: \_\_\_\_\_  
Dokter: \_\_\_\_\_ Specialiteit: \_\_\_\_\_

## Medisch attest (vervolg)

- Heeft of moet de verzekerde persoon een heelkundige ingreep ondergaan?  Ja  Neen

Zo ja, aard v/d ingreep: \_\_\_\_\_

Datum (of voorziene datum) van de ingreep: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

- Fysiologische ongeschiktheid: van  /  /  tot  /  /  aan  %  
van  /  /  tot  /  /  aan  %
- Economische ongeschiktheid: van  /  /  tot  /  /  aan  %  
van  /  /  tot  /  /  aan  %
- Werkhervatting mogelijk: vanaf  /  /  aan  %

- Hoe zullen, volgens u, de ziekte of de gevolgen van het ongeval verder evolueren?  
Gelieve te preciseren.

---

---

- Hoe zal, volgens u, de arbeidsongeschiktheid verder evolueren?  
Gelieve te preciseren.

---

---

Voor echt verklaard,

Naam en voornaam v/d  
behandelende geneesheer :

---

Datum v/h onderzoek:

 /  / 20\_\_

Stempel en handtekening v/d behandelende  
geneesheer :