

Verletzungen infolge eines Unfalls

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Aktenzeichen (im beiliegenden Schreiben angegeben):

Datum, Ort und Uhrzeit des Unfalls:

1. Daten über das Opfer

Name und Vorname(n):

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon Festnetz:..... Handy:

E-Mail-Adresse:

Bankverbindung:

2. Daten über den Anmelder (wenn anders als das Opfer)

Name und Vorname(n):

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon Festnetz:..... Handy:

E-Mail-Adresse:

Verhältnis mit dem Opfer:

3. Familiäre Situation des Opfers

Familienstand: Ledig – verheiratet – faktisch Lebenspartner – gesetzlich Lebenspartner – Witwe/Witwer – getrennt lebend – geschieden*

Name des Ehegatten/Lebenspartners:

Geburtsdatum:/...../.....

Berufliche Situation des Ehegatten/Lebenspartners:

Vollzeit

Teilzeit: Stunden/Woche

Zusammensetzung des Haushalts des Opfers:

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Unterhaltsberechtigte	Mitbewohner
Ehegatte/Partner			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kind(er)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eltern			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis- oder ein anderes Verhältnis mit dem/den Unfallverursacher/n? ja nein

Wenn ja, welches?

4. Berufliche Situation des Opfers

Hat das Opfer infolge des Unfalls eine Einkommenseinbuße erlitten? ja nein

Wenn ja, legen Sie bitte den Nachweis für das Einkommen des Monats vor dem Unfall bei (z. B. Lohnabrechnung)

Berufliche Situation zum Datum des Unfalls	Bitte ankreuzen	Seit
Arbeiter	<input type="checkbox"/>	
Angestellter	<input type="checkbox"/>	
Beamter/Militär		
- auf Lebenszeit	<input type="checkbox"/>	
- durch Vertrag	<input type="checkbox"/>	
Selbständig	<input type="checkbox"/>	
Student/Kind	<input type="checkbox"/>	
Rentner	<input type="checkbox"/>	
Im Vorruhestand	<input type="checkbox"/>	
Arbeitssuchender	<input type="checkbox"/>	
Unterhalt von der Sozialversicherung	<input type="checkbox"/>	

[Logo Versicherungsunternehmen]

Unterhalt durch das CPAS (Sozialamt)	<input type="checkbox"/>	
Ohne Beruf	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	

- Wenn das Opfer Gehaltsempfänger ist:

Name und Anschrift ihres Arbeitgebers:

Arbeitszeit	Vollzeit:	Teilzeit:
Stundenzahl/ Woche		

Gehalt	Brutto	Steuerpflichtig	Netto
Pro Stunde			
Monat			
Jahr			

Sonstige Bezüge (Prämien, 13. Monatsgehalt, Essensgutschein,...):

Wenn das Opfer selbständig ist: Haupterwerb Nebenerwerb

	Bitte ankreuzen	Steuerpflichtige Gewinne	Höhe der Fixkosten
Geschäftsführer einer Gesellschaft	<input type="checkbox"/>		
Einpersonengesellschaft	<input type="checkbox"/>		
Selbständig und natürliche Person	<input type="checkbox"/>		

Legen Sie bitte den Steuerbescheid der letzten drei Jahre bei.

Nummer im Unternehmensregister:

- Wenn das Opfer Student ist:

Name der Schule:

Art und Dauer des Studiums:

Studienjahr zum Zeitpunkt des Unfalls:

[Logo Versicherungsunternehmen]

*Nichtzutreffendes bitte streichen

5. Umstände des Unfalls

Geschah der Unfall

- auf der Arbeit oder auf dem Weg zur Arbeit?
- in der Schule oder auf dem Schulweg?
- im Privatleben?

- Wenn es sich um einen Arbeitsunfall oder um einen Unfall auf dem Weg zur Arbeit handelt:
Name und Anschrift der „Arbeitsunfall-Versicherung“ des Arbeitgebers des Opfers:

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

- Wenn es sich um einen Unfall in der Schule oder auf dem Schulweg handelt:
Name der Schule und Name und Anschrift des Schul-Versicherers:

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

- Gab es Zeugen für den Unfall? ja nein

Wenn ja, bitte angeben (Name, Vorname und Anschrift):

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

- Handelt es sich um einen Unfall mit einem Fahrrad oder einem Elektrofahrrad? ja nein
Wenn ja, Marke und Typ des Fahrrads oder des Elektrofahrrads angeben:

.....

Wenn ja, kann es schneller als 25 km/h autonom fahren? ja nein

- Handelt es sich um einen Unfall mit einem Elektrofahrzeug zur individuellen Fortbewegung
(Segway, Hoverboard, Monowheel,...)? ja nein

Wenn ja, Marke und Typ des Elektrofahrzeuges zur individuellen Fortbewegung angeben:

.....

Wenn ja, kann es schneller als 25 km/h autonom fahren? ja nein

1. Materielle Folgen des Unfalls

Beschreibung der Schäden an Gegenständen – nicht am Fahrzeug. Legen Sie bitte alle Belege bei und bewahren Sie die beschädigten Teile auf.

Gegenstand	Beschreibung der Schäden	Kaufdatum	Kaufpreis (Schätzung)

2. Körperliche Folgen des Unfalls

Art der Verletzungen:
.....
.....

Wurde das Opfer infolge des Unfalls im Krankenhaus aufgenommen? ja nein

Name des behandelnden Arztes und/oder der Klinik:
.....

Bei Krankenhausaufenthalt: Datum der Aufnahme:/...../..... Datum der Entlassung:
...../...../.....

War das Opfer völlig arbeitsunfähig? ja nein

Wenn ja, vom/...../..... bis/...../.....

Ist das Opfer noch in Behandlung? ja nein

Ist das Opfer vollständig genesen? ja nein Wenn ja, seit dem/...../.....

Bitte legen Sie die "ärztliche, vom Arzt auszufüllende Bescheinigung" bei.

6. Leistung von Trägern oder Versicherern

Welche Versicherungen und Deckungen hat das Opfer? Nennen Sie sie bitte in der Tabelle.

	Name des Trägers/Versicherers	Zeichen
Arbeitsunfallversicherung		
Arztkostenversicherung		
Versicherung für Krankenhausaufenthalt		
Einzel-Unfallversicherung		
Einkommensversicherung		
Sachschadenversicherung		
Reiseversicherung		
Krankenversicherung		
Sozialamt (CPAS)		
Andere		

Krankenversicherung (hier eine Vignette einkleben):

Hat das Opfer eine private oder Familien-Haftpflichtversicherung? ja nein

Hat das Opfer eine Rechtsschutzversicherung? ja nein

7. Bemerkungen

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

Dieser Fragebogen ist nicht erschöpfend. Sie werden gebeten alle nützlichen oder notwendigen Informationen über Ihren Unfall mitzuteilen

Die mit diesem Dokument gesammelten personenbezogenen Daten werden von den Versicherern, für die dieses Dokument bestimmt ist und die für ihre Verarbeitung verantwortlich sind, für folgende Zwecke verarbeitet: Abwicklung des angegebenen Schadens, insbesondere Feststellung und Bewertung des Personenschadens des Unterzeichneten oder der Person, die er vertritt; Entdeckung und Verhütung von Betrug; Verarbeitung zu statistischen Zwecken.

Sie dürfen nur zu diesem Zweck und bei Bedarf an andere übermittelt werden, und zwar an andere Versicherungsunternehmen, die von der Entschädigung des Personenschadens des Unterzeichneten

[Logo Versicherungsunternehmen]

*Nichtzutreffendes bitte streichen

[Logo Versicherungsunternehmen]

oder der Person, die er vertritt, betroffen sind, an ihren Vertreter in Belgien, an ihren Ansprechpartner im Ausland, an ihre Rückversicherer, ihre Schadensregulierungsstelle, an einen Sachverständigen, einen Anwalt, einen technischen Berater, an den Versicherungsvermittler des Unterzeichneten oder der Person, die er vertritt, und allgemeiner an eine Person oder eine Stelle, die einen Regress ausübt oder gegen die ein Regress in Verbindung mit dem o. a. Schaden ausgeübt wird.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sind die Versicherungsverträge (Rechtsschutz, Haftpflicht oder jeder andere Vertrag) und die sich aus dem Haftpflichtvertrag ergebende Verpflichtung des für die Datenverarbeitung verantwortlichen Versicherers, gegebenenfalls die Opfer von Personenschäden aufgrund des oder der aufgeführten Ansprüche zu entschädigen. Sollte dieser Fragebogen nicht ausreichend ausgefüllt werden, wäre es den Versicherer unmöglich, diesem Leistungsantrag Folge zu leisten. Die Verarbeitung basiert auch auf dem berechtigten Interesse des Versicherers, Versicherungsbetrug zu verhindern und Statistiken zu erstellen.

Die verarbeiteten Daten werden vom zuständigen Versicherer für die Dauer der Schadensabwicklung aufbewahrt, die angepasst wird, wenn die Umstände es erfordern. Diese Dauer verlängert sich um die Verjährungsfrist, so dass der Versicherer alle Ansprüche, die nach Abschluss der Schadensakte entstehen können, bearbeiten kann.

Die betroffenen Personen können diese Daten einsehen und sie gegebenenfalls mittels eines datierten und unterzeichneten Antrags zusammen mit einer Fotokopie der Vorder- und Rückseite des Personalausweises an den Versicherer, für den dieses Dokument bestimmt ist, senden und berichtigen lassen. Die besagten Personen können sich in gleicher Weise und innerhalb der in der Allgemeinen Datenschutzverordnung festgelegten Grenzen der Verarbeitung von Daten widersetzen oder deren Beschränkung beantragen. Sie können auch die Löschung oder Übertragbarkeit der sie betreffenden Daten beantragen.

Weitere Informationen, einschließlich der Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten, können beim gleichen Versicherer erhalten werden.

Bei Bedarf kann eine Beschwerde bei der Datenschutzbehörde eingereicht werden.

Im Rahmen der Entschädigungsabwicklung hat der Versicherer die Pflicht, sich an die „Verhaltensregeln für die Regulierung von Schadensfällen: Beziehung zu den Opfern von schweren Unfällen“ zu halten, die auf der Webseite www.assuralia.be zu finden sind. Alle Beschwerden in Bezug auf die korrekte Anwendung des vorliegenden Verhaltenskodex seitens des Versicherungsunternehmens sind vom Verbraucher an die Beschwerdeabteilung des betroffenen Unternehmens zu richten, wie in den Verhaltensregeln für die Bearbeitung von Beschwerden innerhalb von Versicherungsunternehmen vorgegeben (verfügbar auf www.assuralia.be). Wenn die von dieser Abteilung erhaltene Antwort den Verbraucher nicht zufriedenstellt, kann er seine Beschwerde auf der Seite des Ombudsmanns für Versicherungen einreichen www.ombudsman.as

Durch Ankreuzen dieses Kästchens erteilt der Unterzeichnete seine Zustimmung zur Verarbeitung der Daten über seine Gesundheit oder derjenigen Person, die er vertritt, wenn sie für die Abwicklung des angegebenen Schadens erforderlich sind. Der Unterzeichnete erteilt seine Zustimmung, dass die Verarbeitung der Daten über seine Gesundheit oder derjenigen Person, die er vertritt, auch außerhalb der Verantwortung eines Fachmanns für Gesundheitsvorsorge erfolgen darf. Der Unterzeichnete erteilt seine Zustimmung zu einer eventuellen ärztlichen Untersuchung.

Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle eines Widerrufs der Zustimmung wäre der Versicherer nicht in der Lage, diesem Leistungsantrag Folge zu leisten.

Diese Daten über die Gesundheit werden mit höchster Diskretion und allein von den hierzu ermächtigten Personen verarbeitet.

[Logo Versicherungsunternehmen]

*Nichtzutreffendes bitte streichen

[Logo Versicherungsunternehmen]

DATUM:

UNTERSCHRIFT DES OPFERS ODER SEINES VERTRETERS¹

¹ Wenn das Opfer nicht selbst unterzeichnen kann, geben Sie bitte den Grund an

[Logo Versicherungsunternehmen]

*Nichtzutreffendes bitte streichen