

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"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC Code:	<input type="text"/>							
Sociaal Secretariaat: Naam:								
Adres: Straat:		Nr/Bus:						
Postnummer:		Woonplaats:						
Aansluitingsnummer:								

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)

