

Ongevalsaangifte

helan

Onafhankelijk ziekenfonds

Zo bezorgt u ons het formulier terug:

- U vult dit formulier makkelijk online in via uw online ziekenfonds Mijn Helan via mijn.helan.be.
- Of u bezorgt ons een scan van het ingevulde formulier en eventuele bewijsstukken via mijn.helan.be > Documenten > Documenten digitaal opladen > Mijn ziekenfondsdossier > Ongeval: aangifte.
- Liever niet digitaal? Stop het in een Helan-brievenbus of stuur het per post naar Helan Onafhankelijk ziekenfonds - Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk.

A IDENTIFICATIE

1. Klantgegevens

Naam en voornaam: _____

Rijksregisternummer: _____

Klantnummer: _____

Adres: _____

2. Beroep of gewone bezigheid: _____

3. Veronderstelde datum van de feiten: _____

4. Werkelijke datum en uur van de feiten: / / om uur

B FEITEN

5. Is het letsel veroorzaakt door een ziekte?

JA. Aard van de aandoening: _____
In dit geval kunt u naar de laatste pagina gaan en uw verklaring dateren en ondertekenen.

NEE. Aard van de verwondingen: _____
Is het letsel veroorzaakt door een ongeval in het privé leven zonder aansprakelijkheid van een derde?

JA. *Gelieve de omstandigheden van het ongeval in vak 11 in te vullen. Daarna kunt u naar de laatste pagina gaan en uw verklaring dateren en ondertekenen.*

NEE. *Zie volgende punten volgens de omstandigheden.*

C ANDER ONGEVAL OF AGRESSIE DIE HET LETSEL VEROORZAAKT HEEFT

6. Vermoedelijke duur van de arbeidsongeschiktheid? _____

7. Werd het slachtoffer in een ziekenhuis opgenomen ?

JA. In welke instelling? _____
Vanaf welke datum? / /

NEE.

8. Plaats van de feiten:

a) Gemeente en land: _____

b) Straat of plaats: _____

c) Inrichting (lokaal of werf): _____

9. Werd er proces-verbaal opgesteld?

JA. Door de politie van: _____
Nummer van het PV: _____

Datum van het PV: / /

NEE.



10. Werd er een klacht ingediend?

- JA
 NEE

11. Omstandigheden en plan van de feiten (zeer omstandig en duidelijk beschrijven):

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

12. Wie is, naar uw mening, verantwoordelijk voor de feiten? Waarom?

.....
.....

13. Naam en adres van de advocaat van het slachtoffer:

.....

En/Of

Naam en adres van de persoon die uw belangen in deze zaak verdedigt (advocaat of syndicale afgevaardigde):

.....

14. Was het slachtoffer aan het werk? Of op weg van of naar het werk?

- JA.
↳ Vul in dit geval ook rubriek F, en indien van toepassing, D en E in.
 NEE.

D INLICHTINGEN OVER DE DERDE

15. Naam en adres van de derde (tegenpartij):

- a)
b)

16. Naam en adres van de verzekeringsmaatschappij van de derde:

- a)
b)

Polisnummer: a) Dossiernummer: a)

Polisnummer: b) Dossiernummer: b)

Nummerplaat van de betrokken voertuigen:

17. Naam en adres van de advocaat van de derde:

.....

18. Is er tussen het slachtoffer en de derde een minnelijke schikking getroffen?

- JA NEE

19. Waarin bestaat die minnelijke schikking?

.....

20. Heeft het slachtoffer reeds een schadevergoeding gevorderd van derde?

- JA NEE

21. Heeft het slachtoffer reeds schadeloosstelling verkregen van de derde?

- JA NEE

22. Heeft het slachtoffer reeds een rechtsvordering ingesteld tegen de derde?

- JA NEE

E VERKEERSONGEVAL

23. Soort voertuig:

- Auto Fiets
 Moto Nader te omschrijven voertuig: _____

Bestuurde het slachtoffer zelf het voertuig?

- JA. Naam en adres van de eigenaar van het voertuig dat het slachtoffer bestuurde: _____

Nummerplaat van dat voertuig: _____

Verzekeringsmaatschappij van het voertuig: _____

Polisnummer: _____

Dossiernummer: _____

- NEE. Het slachtoffer was inzittende in zijn eigen wagen? JA NEE

Het slachtoffer was inzittende in andermans wagen? JA NEE

Het slachtoffer was duozitter van een moto of bromfiets? JA NEE

Het slachtoffer was een voetganger? JA NEE

Naam en adres van de bestuurder van het voertuig: _____

Naam en adres van de eigenaar van het voertuig: _____

Naam en adres van de verzekeringsmaatschappij die het voertuig dekt: _____

Polisnummer: _____ Dossiernummer: _____

Gelieve hieronder de volledige identiteit van al de inzittenden van al de betrokken voertuigen te noteren:

F ARBEIDSONGEVAL OF ONGEVAL OP WEG NAAR OF VAN HET WERK *In dit geval ook rubrieken D & E invullen.*

24. Is het ongeval ter kennis gebracht van de werkgever?

- JA
 NEE

25. Naam en adres van de werkgever: _____

26. Naam en adres van de verzekeringsmaatschappij van de werkgever (wetsverzekeraar): _____

Polisnummer: _____ Dossiernummer: _____

27. Heeft de werkgever de vereiste aangifte van arbeidsongeval overgemaakt aan zijn wetsverzekeraar?

- JA
 NEE

28. Wordt het ongeval door de wetsverzekeraar beschouwd als een arbeidsongeval of als een ongeval op de weg naar of van het werk?

- JA.
 NEE. Waarom niet? _____

29. Is er een rechtsvordering ingespannen tegen de werkgever of tegen de wetsverzekeraar?

JA. Bij welke rechtbank?

Met welk gevolg?

NEE.

30. Gaat het eventueel om een wederinstorting na een vroeger ongeval?

JA. Welk tijdsvak van arbeidsongeschiktheid is al erkend? van / / tot / /

Welk tijdvak wordt betwist? van / / tot / /

NEE.

G SCHOOLONGEVAL/JEUGDBEWEGING/VAKANTIEKAMP/SPORTONGEVAL

Indien het een verkeersongeval betreft op de weg, ook rubrieken D & E invullen.

31. Naam en adres van de instelling of organisatie of club:

32. Naam en adres van de verzekeringsmaatschappij:

Polisnummer:

Dossiernummer:

33. Werd het slachtoffer moedwillig geslagen of gestampt of is er een derde persoon verantwoordelijk?

JA. Door wie? Naam en adres:

Vul in dit geval ook rubriek D in.

NEE.

VERKLARING OP EREWOORD VAN DE GERECHTIGDE OF ZIJN WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER

Ik verklaar te weten dat een minnelijke schikking met de tegenpartij enkel kan worden ingeroepen indien het ziekenfonds hiermee instemt. Ik voeg bij dit formulier alle documenten die betrekking hebben op de hierboven beschreven feiten.

Ik weet dat een valse of onvolledige verklaring aanleiding kan geven tot boetes of gevangenisstraffen krachtens het artikel 233 van het Sociaal Strafwetboek.

Ik weet ook dat een valse of onvolledige verklaring of het gebruik ervan kan leiden tot een administratieve sanctie, namelijk een administratieve geldboete in de sector geneeskundige verzorging of een uitsluiting van het recht op uitkeringen krachtens artikel 168 quinquies van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Ik ondergetekende (naam en voornaam)

geef, rekening houdend met de Europese Verordening van 27 april 2016 over de bescherming van de gegevens (GDPR) en de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, uitdrukkelijk de toestemming aan het ziekenfonds of eventueel aan zijn adviserend geneesheer, om alle medische gegevens, bewijsstukken en/of deskundigenverslagen in verband met het aangegeven ongeval op te vragen, te ontvangen en te verzenden via om het even welk middel, die noodzakelijk is voor de toepassing van artikel 136 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Ik bevestig op erewoord dat deze verklaring oprecht en volledig is.

Datum: / /

Handtekening (van de gerechtigde of zijn gevolmachtigde):

WETTELIJKE BEPALINGEN

- Artikel 136, §2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en artikel 295 van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996
- Artikel 32 van het decreet van 8 november 2018 betreffende de verzekeringsinstellingen en houdende wijziging van het Waalse Wetboek van Sociale Actie en gezondheid
- Artikel 17 van de Ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie met betrekking tot de Brusselse verzekeringsinstellingen in het domein van de gezondheidszorg en de hulp aan personen
- Artikel 75 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming
- Artikel 121 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming
- Artikel 22 van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging
- Artikel 40 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen

BESCHERMING VAN DE PERSOONLIJKE LEVENSSFEER

Conform de Europese Verordening van 27 april 2016 over de bescherming van gegevens (GDPR), informeren wij u dat wij - als verwerker - uw gegevens verwerken in het kader van onze opdracht tot deelname aan de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen onder de verantwoordelijkheid van MLOZ (Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen) die verantwoordelijk is voor de verwerking van de federale materies, en onder de verantwoordelijkheid van de Regionale maatschappijen voor onderlinge bijstand van de Onafhankelijke ziekenfondsen, verwerkingsverantwoordelijken voor de geregionaliseerde materies.

Voor bijkomende inlichtingen kunt u onze privacyverklaring raadplegen of contact opnemen met onze data protection officer via <https://www.mloz.be/nl/content/privacy> of per brief op het volgende adres: Helan Onafhankelijk ziekenfonds - Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk.