

Ongevalsaangifte



Altijd bladzijde 1 en 2 invullen, ook als het niet om een ongeval gaat

1. Gegevens van het lid/slachtoffer

Naam: Voornaam:

Straat: Nr.: Bus: Index:

Postcode: Gemeente: Land:

Tel.: E-mailadres*:

Rijksregisternummer:

U bent: loontrekkende zelfstandige ambtenaar werkloze
 gepensioneerde invalide persoon ten laste

Deze aangifte betreft:	Wat vult u in?
<input type="checkbox"/> een ziekte of medische behandeling die niet het gevolg is van een ongeval	Rubriek 2
<input type="checkbox"/> een ongeval, schoolongeval of sportongeval waarvoor niemand aansprakelijk is	Rubriek 2
<input type="checkbox"/> een herval van het ongeval van datum: - -	Rubriek 2
<input type="checkbox"/> een arbeidsongeval	Rubrieken 2, 3, 4 en 7
<input type="checkbox"/> een ongeval op de weg van of naar het werk	Rubrieken 2, 3, 4, 5 en 7
<input type="checkbox"/> een verkeersongeval	Rubrieken 2, 3, 5 en 7
<input type="checkbox"/> een ander ongeval waarvoor iemand anders mogelijk aansprakelijk is (vb. ongeval met dieren, brand, rampen, agressie, schoolongeval...)	Rubrieken 2, 3, 6 en 7

2. Beschrijving van de feiten

Datum: - - Tijdstip: uur

Plaats (Land, gemeente, straat, n°, bus...):

Korte beschrijving van de feiten:
.....
.....

- * Ik ga akkoord dat CM mijn e-mailadres mag gebruiken om mij te contacteren in het kader van mijn persoonlijk dossier (1). Als ik mijn e-mailadres opgeef of wijzig, zal ik om veiligheidsredenen een e-mail van CM ontvangen om mijn e-mailadres te bevestigen en mijn communicatievoorkeuren eventueel aan te passen. Pas na deze confirmatie zal CM gebruik maken van mijn opgegeven voorkeuren.
- (1) Het betreft volgende communicaties in kader van de CM-dienstverlening: overzicht uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid; brieven, formulieren en attesten; facturen voor de betaling van de ledenbijdrage, zorgpremie, verzekeringspremie en andere rekeningen in het kader van mijn persoonlijk dossier (2); informatie over diensten en voordelen van de verplichte en aanvullende verzekering; communicaties in het kader van mijn persoonlijk dossier CM-verzekeringen (indien aangesloten) en CM-Zorgkas (indien aangesloten). Ik weet dat informatie over mijn gezondheid desgevallend uit deze communicaties kan worden afgeleid en ik bescherm zo nodig de toegang tot mijn mailbox
 - (2) Dit geldt niet als ik ervoor gekozen heb om mijn CM-documenten en/of CM-facturen op Doccle te ontvangen.

Ongevalsangifte



Ik weet dat :

- een minnelijke schikking met de tegenpartij enkel kan worden ingeroepen indien CM hiermee instemt.
- ik aan CM alle gegevens en documenten moet bezorgen over de feiten en hun gevolgen.
- een valse of onvolledige verklaring en/of het gebruik ervan aanleiding kunnen geven tot :
 - strafrechtelijke sancties : geldboeten en/of gevangenisstraffen (art 233 Sociaal Strafwetboek).
 - administratieve sancties: geldboete in de sector geneeskundige verzorging en/of uitsluiting van het recht op uitkeringen (art 168 quinquies, Wet 14-7-1994).

Ik bevestig op mijn eer en geweten dat deze verklaring oprecht en volledig is.

Datum:

Handtekening lid of naam, voornaam en handtekening zijn vertegenwoordiger:

.....

Met inachtneming van uw persoonlijke levenssfeer, gebruikt CM uw persoonsgegevens in het kader van de uitoefening van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en in het kader van de aanvullende verzekering (wet van 6 augustus 1990). Al uw rechten in verband met de Algemene Verordening betreffende Gegevensbescherming van 27 april 2016 vindt u terug in de Privacy Policy op www.cm.be.

Ongevalsangifte



3. Beschrijving van de verwondingen

Korte beschrijving van uw verwondingen (hebt u een medisch attest, bezorg ons een kopie):

U verbleef t.g.v. het ongeval in het ziekenhuis van - - tot - -

Naam van het ziekenhuis: Gemeente:

U hebt t.g.v. het ongeval het werk onderbroken van - - tot - -

Naam, adres en telefoonnummer van uw behandelende arts:

4. Arbeidsongeval

1. Het ongeval gebeurde: op het werk op de weg van of naar het werk (vul ook rubriek 5 in)

2. Er waren getuigen van het ongeval: ja neen

Naam en adres van de getuigen:

3. U deed aangifte van uw arbeidsongeval bij uw werkgever: ja neen

Naam van uw werkgever:

Adres van uw werkgever:

4. Uw werkgever deed aangifte van het ongeval bij zijn arbeidsongevallenverzekeraar: ja neen

Verzekeraar van uw werkgever:

Polisnummer: Dossiernummer:

5. De arbeidsongevallenverzekeraar nam volgende beslissing (bezorg ons een kopie van de beslissingsbrief):

aanvaarding voorbehoud (er is nog geen definitieve beslissing)

weigering vanaf - -

Reden van weigering:

U gaat akkoord met de weigering: ja neen

Indien u uw vakbond of advocaat hebt aangesteld, geef naam en adres:

Tel.: Dossiernummer:

6. Het gaat om een herhal van een vroeger arbeidsongeval: ja neen

Dit vroeger arbeidsongeval is erkend van - - tot - -

Dit vroeger arbeidsongeval wordt geweigerd van - - tot - -

Dit vroeger arbeidsongeval is aangegeven bij de arbeidsongevallenverzekeraar of bij Fedris:

ja neen Dossiernummer:

Ongevalsaangifte



5. Verkeersongeval of ongeval op weg van of naar het werk

Hebt u een Europees aanrijdingsformulier ingevuld, bezorg ons een kopie.

1. Er werd een proces-verbaal opgesteld door de politie van: (bezorg ons een kopie)

Datum PV: - -

Nummer PV:

2. U was: bestuurder van een motorvoertuig passagier van een motorvoertuig
 bestuurder van een fiets/elektrische fiets < 25 km/u bestuurder van een bromfiets/elektrische fiets > 25 km/u

Naam, voornaam en adres van de eigenaar van het motorvoertuig:

.....
verzekeringsmaatschappij + adres (indien gekend):

Polisnummer: Dossiernummer:

U was: voetganger fietser

Maatschappij rechtsbijstand- of familiale verzekering:

Polisnummer: Dossiernummer:

3. Naam, adres en telefoonnummer van uw verzekeringsagent:

Naam, adres en telefoonnummer van uw advocaat:

4. Naam tegenpartij 1:

Adres tegenpartij 1:

Voertuig tegenpartij: auto moto fiets/elektrische fiets < 25 km/u
 bromfiets/elektrische fiets > 25 km/u andere:

Merk: Nummerplaat:

verzekeringsmaatschappij + adres (indien gekend):

Polisnummer: Dossiernummer:

Naam en adres advocaat tegenpartij:

Naam tegenpartij 2 (indien van toepassing):

Adres tegenpartij:

Voertuig tegenpartij: auto moto fiets/elektrische fiets < 25 km/u
 bromfiets/elektrische fiets > 25 km/u andere:

Merk: Nummerplaat:

verzekeringsmaatschappij + adres (indien gekend):

Polisnummer: Dossiernummer:

Naam en adres advocaat tegenpartij:

5. U hebt reeds een vergoeding gevorderd van de tegenpartij: ja neen bedrag: euro

U hebt reeds een vergoeding ontvangen van de tegenpartij: ja neen bedrag: euro

Indien er getuigen waren van het ongeval, geef naam en adres:

Ongevalsangifte



6. Ander ongeval waarvoor iemand mogelijk aansprakelijk is

1. Er werd een proces-verbaal opgesteld door de politie van: (bezorg ons een kopie)

Datum PV: - - Nummer PV:

Maatschappij rechtbijstand- of familiale verzekering+ adres (indien gekend):

Polisnummer: Dossiernummer:

Naam en tel. van uw verzekeringsagent:

Naam en adres van uw advocaat:

2. Naam van de tegenpartij:

Adres van de tegenpartij:

Verzekeringsmaatschappij + adres (indien gekend):

Polisnummer:

Dossiernummer: Naam en adres advocaat tegenpartij:

3. U hebt een vergoeding gevorderd van de tegenpartij: ja neen bedrag: euro

U hebt een vergoeding ontvangen van de tegenpartij: ja neen bedrag: euro

Indien er getuigen waren van het ongeval, geef naam en adres:

7. Machtiging (toestemming om de medische of administratieve gegevens i.v.m. het ongeval uit te wisselen)

Ik, ondergetekende (naam, voornaam en adres):

Relatie tot het slachtoffer (indien niet ingevuld door het slachtoffer zelf):

geef aan CM mijn uitdrukkelijke toestemming om bij de betrokken verzekeringsmaatschappijen, behandelend arts, ziekenhuis of andere zorginstellingen volgende gegevens op te vragen of aan hen over te maken in het kader van een eenzijdig en/of tegensprekelijk onderzoek:

- de medische gegevens en/of verslagen,
- alle administratieve documenten

Deze toestemming is nodig voor een vlot en praktisch beheer van uw ongevallendossier.

Voor meer info betreffende de bescherming van uw persoonsgegevens verwijzen wij naar de Algemene Verordening betreffende Gegevensbescherming van 27 april 2016; u vindt alle gegevens in de Privacy Policy op www.cm.be.

Datum: Handtekening (voorafgegaan door 'gelezen en goedgekeurd'):

Ongevalsaangifte



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 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 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 40 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen

We behandelen uw persoonsgegevens overeenkomstig de geldende Belgische en Europese privacywetgeving, in het bijzonder de GDPR-verordening (2016/679) betreffende de bescherming van persoonsgegevens en het vrije verkeer van die gegevens. Voor meer informatie in verband met de verwerking van uw persoonsgegevens kunt u onze privacyverklaring raadplegen op onze website <https://www.cm.be/disclaimer/privacyverklaring-cm>.