

**AANVRAAG VOOR HET VERKRIJGEN VAN EEN  
VERGOEDING WEGENS INTREKKING MEDISCHE SCHIFTING  
ONGEVAL IN HET PRIVE-LEVEN**

|  |  |
|--|--|
| De verzekerde<br>Naam, voornamen :<br>Adres :<br><br>Geboortedatum :   | .....<br>.....<br>.....<br>.....                             |
| Werkgever :<br>Adres :<br><br>RSZ-Nr   | .....<br>.....<br>.....<br>085 - ..... - .....               |
| <b>A) Intrekking certificaat :</b><br>- datum van de eerste medische schifting :<br>- datum van de intrekking medische schifting : | .....<br>.....   |
| <b>B) Ongeval in het privé-leven :</b><br>- datum van het ongeval :<br>- plaats van het ongeval :                                  | .....<br>.....   |
| De verzekerde heeft recht op uitkeringen uit hoofde van de arbeidsongevallenwetgeving :  | <input type="checkbox"/> JA<br><input type="checkbox"/> NEEN |
| Het ongeval deed zich voor tijdens het privé-leven :   | <input type="checkbox"/> JA<br><input type="checkbox"/> NEEN |
| Wat deed de verzekerde op het ogenblik van het ongeval :<br>Reed de verzekerde met een voertuig :                                  | .....<br>Indien ja, welk.....                                |
| Werd er een proces-verbaal opgemaakt :   | <input type="checkbox"/> JA<br><input type="checkbox"/> NEEN |
| Uitkering van de vergoeding langs welke organisatie :  | .....<br>.....   |

Datum en handtekening van de verzekerde : .....

**P.S. :**

1. Deze documenten moeten ingevuld, ondertekend en verstuurd worden naar DVV Verzekeringen – “Schade L.O.” - Karel Rogierplein 11 te 1210 Brussel, uiterlijk 5 dagen voor het einde van de appeltermijn, op straffe van verval.
2. De bijlage dient door de dokter ingevuld te worden.
3. De strook hieronder moet absoluut ondertekend worden.

Ondergetekende, .....

woonachtig .....

wenst appel aan te tekenen tegen de beslissing van het verlies van medische schifting

Aangewezen raadgevend arts (niet invullen) : .....

**Handtekening**

**MEDISCH ATTEST  
VERLIES MEDISCHE SCHIFTING  
ONGEVAL IN HET PRIVE-LEVEN**

De dokter : .....  
woonachtig : .....  
.....

betreffende de toestand van : Naam, voornamen .....

---

**1. BIJ EEN ONGEVAL (gedetailleerde omschrijving) :**

⇒ aard van de verwondingen :

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

⇒ gevolgen van het ongeval :

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

**2. BIJ ONGESCHIKTHEID INGEVOLGE MEDISCHE SCHIFTING (afkeuring)**

⇒ advies over beslissing getroffen door Ministerie van Volksgezondheid :

.....  
.....

⇒ acht u herziening mogelijk of wenselijk ?

JA

NEEN

Was de verzekerde reeds aangedaan door letsels of ziekten die het ongeval verergerd hebben of het besluit tot afkeuring hebben versneld :

ZO JA, welke .....

NEEN

Acht u bijkomende onderzoeken aangewezen :

JA

NEEN

Opgemaakt en echt verklaard te....., op.....

Handtekening van de dokter