



Verzekeringsmaatschappij : Polisnummer :

VERZEKERINGSNEMER

Naam Voornaam
Straat Nr Bus
Postcode Woonplaats
Telefoonnummer : GSM : E-mail :
Rekeningnummer : Beroep :
Andere contracten die u inroept voor dit ongeval : Polisnummer.....

INLICHTINGEN AANGAANDE HET SLACHTOFFER

Naam Voornaam
Straat Nr Bus
Postcode Woonplaats
Telefoonnummer : GSM : E-mail :
Geboortedatum : Beroep : Rekeningnummer :
Ziekenkas : Naam :
Adres :
Inschrijvingsnummer :

Wanneer het ongeval in het buitenland gebeurde, werd het speciaal formulier ingevuld dat door de ziekenkas vereist is? JA NEEN

Indien ja, naam van de maatschappij en polisnummer:

Het medisch getuigschrift werd afgegeven op aan

INLICHTINGEN BETREFFENDE HET ONGEVAL

Straat Nr Bus
Postcode Woonplaats
Merk : Nr plaat : Datum : Uur :
Identiteit van de eigenaar :
Proces-verbaal? JA NEEN
Opgemaakt door PV-nr.
Eerste zorgen verleend door Dokter : te

Verantwoordelijke derde Naam en voornaam (1)
Adres :
Tel : e-mail :
Verzekeringsmaatschappij : Polisnummer :

GETUIGEN

Identiteit van de getuigen van het ongeval:

Naam en voornaam (1)

Adres

Telefoonnummer

OMSTANDIGHEDEN

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

Opgemaakt te , op

.....
Handtekening bemiddelaar

.....
Handtekening verzekeringnemer



PERSOONLIJKE VERZEKERING MEDISCH GETUIGSCHRIFT

VERZEKERINGSNEMER

Naam Voornaam
Straat Nr Bus
Postcode Woonplaats
Telefoonnummer : GSM : E-mail :
Rekeningnummer : Beroep :
Andere contracten die u inroept voor dit ongeval : Polisnummer.....

INLICHTINGEN AANGAANDE HET SLACHTOFFER

Naam Voornaam
Straat Nr Bus
Postcode Woonplaats
Telefoonnummer : GSM : E-mail :
Geboortedatum : Beroep : Rekeningnummer :
Ziekenkas : Naam :
Adres :
Inschrijvingsnummer :

Wanneer het ongeval in het buitenland gebeurde, werd het speciaal formulier ingevuld dat door de ziekenkas vereist is? JA NEEN

Indien ja, naam van de maatschappij en polisnummer:

Het medisch getuigschrift werd afgegeven op aan

MEDISCHE VASTSTELLING

In te vullen bij eerste raadpleging

1. Het ongeval heeft volgende verwondingen tot gevolg

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

2. Met de dood van het slachtoffer

een gedeeltelijke werkonbekwaamheid van dagen aan %

een volledige werkonbekwaamheid van dagen

3. Aanvangsdatum van de werkonbekwaamheid:

4. Vermoedelijk gevolg van het ongeval: blijvende invaliditeit: geheel gedeeltelijk
te wijten aan

volledige genezing

5. Vermoedelijke duur van de werkonbekwaamheid:

6. Toegepaste medische behandeling:

7. Is er vereist:

	ja	neen		ja	neen
- een bijzondere behandeling?			- raadpleging van een specialist		
- een radiografie			- opname in een ziekenhuis		

8. Was het slachtoffer voordien in goede gezondheid? ja neen

9. Kan een vooraf bestaande toestand (ziekte of verwonding) enige invloed hebben op de gevolgen van het ongeval?

ja neen Welke?

10. Datum van het eerste onderzoek:

11. Bijzondere opmerkingen:

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

Opgemaakt te, op

.....

Handtekening geneesheer