



SCHADEAANGIFTE PERSOONLIJKE VERZEKERING

Polisnr.

VERZEKERINGSKANTOOR

Naam	Producentnummer	Referte	Telefoonnummer
.....

VERZEKERINGNEMER

Naam	Voornaam	Beroep	
.....
Straat en nummer	Postnummer	Deelgemeente	Fusiegemeente
.....
Telefoonnummer: privé	kantoor		
.....		
Andere contracten die u inroept voor dit ongeval bij Fidea		Polisnummer(s)	
.....		
Bij een andere maatschappij? Welke?		Polisnummer(s)	
.....		

INLICHTINGEN NOPENS HET SLACHTOFFER

Naam en voornaam
.....

Straat en nummer	Postnummer	Deelgemeente	Fusiegemeente
.....
Telefoonnummer - privé	Rek.nr. financiële instelling		
.....		
Geboortedatum	Beroep		
.....		
Ziekenkas: naam		
adres		
inschrijvingsnr.		

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

 ja neenIs het slachtoffer bij een andere maatschappij verzekerd tegen lichamelijke ongevallen? ja neen

Indien ja, naam van de maatschappij en polisnummer:

Het medisch getuigschrift werd afgegeven op aan

INLICHTINGEN BETREFFENDE HET ONGEVAL

Straat en nummer	Postnummer	Deelgemeente	Fusiegemeente
.....
Datum	Uur		
.....		
Was het slachtoffer inzittende van een voertuig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen		
Merk	Nummerplaat

PERSOONLIJKE VERZEKERING – MEDISCH GETUIGSCHRIFT

(moet dadelijk naar de maatschappij gezonden worden)

Polisnr.

VERZEKERINGSKANTOOR

Naam Producentnummer Referte Telefoonnummer

VERZEKERINGNEMER

Naam Voornaam Beroep

Straat en nummer Postnummer Deelgemeente Fusiegemeente

Telefoonnummer: privé kantoor

Andere contracten die u inroept voor dit ongeval bij Fidea Polisnummer(s)

Bij een andere maatschappij? Welke? Polisnummer(s)

INLICHTINGEN NOPENS HET SLACHTOFFER

Naam en voornaam

Straat en nummer Postnummer Deelgemeente Fusiegemeente

Telefoonnummer - privé Rek.nr. financiële instelling

Geboortedatum Beroep

Ziekenkas: naam
 adres
 inschrijvingsnr.

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

ja neen

Is het slachtoffer bij een andere maatschappij verzekerd tegen lichamelijke ongevallen? 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - raadpleging van een specialist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - een radiografie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - opname in een ziekenhuis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
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 goeder trouw te op

Handtekening geneesheer + stempel,