



SCHADEAANGIFTE PERSOONLIJKE VERZEKERING

Polisnr. GVE00412074

VERZEKERINGSKANTOOR

Naam GROEP NBA Verzekeringmakelaars NV	Producentnummer 112096	Referte	Telefoonnummer +32 56 231870
---	---------------------------	---------	---------------------------------

VERZEKERINGNEMER

Naam HARPA VZW	Voornaam	Beroep	
Straat en nummer Tervuursevest 101 B/4071	Postnummer 3001	Deelgemeente LEUVEN	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? ja neen

Merk Nummerplaat

Identiteit van de eigenaar:

Proces-verbaal? ja neen Opgemaakt door Pvnummer:

Eerste zorgen verleend door Dokter te

Verantwoordelijke derde Naam en voornaam (1)

Adres Telefoonnummer

Verzekeringsmaatschappij Polisnummer

GETUIGEN

Identiteit van de getuigen van het ongeval:

Naam en voornaam (1)	1.	2.

Adres

Telefoonnummer

OMSTANDIGHEDEN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(1) *Blokletters a.u.b.*

Opgemaakt te goeder trouw te op

Handtekening bemiddelaar, Handtekening verzekeringnemer,



PERSOONLIJKE VERZEKERING – MEDISCH GETUIGSCHRIFT

(moet dadelijk naar de maatschappij gezonden worden)

Polisnr. GVE00412074

VERZEKERINGSKANTOOR

Naam	Producentnummer	Referte	Telefoonnummer
GROEP NBA Verzekeringmakelaars NV	112096		+32.56.231870

VERZEKERINGNEMER

Naam	Voornaam	Beroep
HARPA VZW		

Straat en nummer	Postnummer	Deelgemeente	Fusiegemeente
Tervuursevest 101 B/4071	3001	LEUVEN	

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,