

**AANGIFTE PERSOONLIJKE ONGEVALLLEN**

**MAATSCHAPPIJ : .....**

**POLISNUMMER : .....**

1. **VERZEKERINGSNEMER:** NAAM : .....  
ADRES : .....

2. **VERZEKERDE** : NAAM : .....  
ADRES : .....

.....  
GEBOORTEPLAATS : .....

& DATUM : .....

3. **ONGEVAL/ZIEKTE** : DATUM SCHADE : .....

Voor/Namiddag + uur : .....

PLAATS SCHADE : .....

4. **OMSTANDIGHEDEN** : .. .. .

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. **BEROEP SLACHTOFFER**...: .....

6. **ZIEKENFONDS** : .. .. .

AANSLUITINGSNUMMER : .....

AARD DEKKING : ALLE / ALLEEN GROTE RISICO'S

Oefende het slachtoffer zijn beroep uit op ogenblik van schade ? JA / NEEN

Zo niet, bezigheden op ogenblik schade ? .....

.....

Kan de aansprakelijkheid toegeschreven worden aan een derde ? JA / NEEN

Zo ja, graag naam & adres derde : .....

.....

7. **GETUIGEN** : NAAM/ADRES & TELEFOONNR.

.....

.....

Welke zijn de gevolgen van het ongeval of ziekte ? .....

(aard van de letsels, werkverlet ?) .....

.....

Werd Proces-Verbaal opgesteld ? : JA / NEEN Zo ja, PV nr. : .....

Indien slachtoffer minderjarig is naam/adres gezinshoofd of voogd .....

.....

Beroep Vader / Moeder : .....

Bestaat er een andere verzekering ? JA / NEEN Zo ja, aard .....

Zo ja, maatschappij & polisnr.: .....

.....

Opgemaakt te ..... op ... / ... / .....

**HANDTEKENING VERZEKERDE**

**MEDISCH GETUIGSCHRIFT  
PERSOONLIJKE ONGEVALLLEN**

**MAATSCHAPPIJ** : .....  
**POLISNUMMER** : .....

1. **VERZEKERINGSNEMER:** .....

2. **SLACHTOFFER** : naam : .....  
adres : .....

geboorteplaats & datum : .....

Beroep : .....

3. **DAG/UUR & PLAATS 1<sup>ste</sup> ONDERZOEK** : .....

**DATUM SCHADE** of oorsprong letsels volgens slachtoffer : .....

4. **ZEER VOLLEDIGE DIAGNOSE VAN DE AANDOENING :**

- Objectieve kentekens : soort, aard en ernst der klachten of kwetsuren alsmede de aangetaste delen van het lichaam heel juist aanduiden. ....

- Subjectieve klachten door slachtoffer geuit : .....

5. Heeft de objectieve vaststelling betrekking op de oorzaak en datum van schade opgegeven door slachtoffer ? JA / NEEN

Zo niet, op welke vaststelling is uw antwoord gesteund ? .....

6. Is er werkonbekwaamheid ? JA / NEEN van .....tem ..... à ..... %

7. **DIAGNOSE** : Volledig herstel : JA / NEEN

Duur behandeling : .....

Duur tijdelijke WO : volledig : .....  
gedeeltelijk : .....

Blijvende WO : JA / NEEN

Percentage : VOLLEDIG / GEDEELTELIJK ..... %

Overlijden : .....

8. Bestaat er niets bij het slachtoffer dat van aard is de gevolgen van het ongeval of ziekte abnormaal te verergeren ? JA / NEEN

Vroegere gebrekkelijkheid ? .....

9. Worden er gedurige zorgen verstrekt ? JA / NEEN

Zo ja, welke ? .....

Is slachtoffer in een verpleeginstelling opgenomen ? JA / NEEN

naam & adres instelling : .....

Is de tussenkomst van een andere geneesheer / specialist / chirurg noodzakelijk ? JA / NEEN

Zo ja, naam/adres arts : .....

Opgemaakt te .....op .... / .... / .....

**STEMPEL & HANDTEKENING GENEESHEER**