IC VERZEKERINGEN
CI ASSURANCES

Guimardstraat 1 | Rue Guimard 1
1040 Brussel | 1040 Bruxelles
BE0831.623.164
www.ic-verzekeringen.be | www.ci-assurance.be

+32 (0)2 509 96.11

ONGEVALSVERKLARING BUITENLAND

Polisnummer : 5800876 - AXA

Naam, adres en telefoonnummer van de onderschrijver: (School, Groepering, enz. …) ……
……
……
Voor Chiro stamnummer invullen: ……

Datum van ongeval ☐☐☐☐☐☐☐☐ | Geboortedatum van slachtoffer ☐☐☐☐☐☐☐☐

SLACHTOFFER	IDENTITEIT EN HOEDANIGHEID VAN HET SLACHTOFFER: Naam: …… Adres: …… Hoedanigheid: …… Bankrekening: …… Is er ten voordele van het slachtoffer een hospitalisatieverzekering, persoonlijke ongevallenverzekering of groepsverzekering onderschreven? Zo ja, polisnummer en verzekeringsmaatschappij: ……
ONGEVAL	INLICHTINGEN BETREFFENDE HET ONGEVAL: Juiste plaats en uur van het ongeval: …… Oorzaken en omstandigheden van het ongeval (eventueel uitgebreid verslag bijvoegen): …… …… …… Werd het ongeval **door een derde** (andere persoon) veroorzaakt? O JA O NEEN Heeft het ongeval schade **aan een derde** (andere persoon) toegebracht? (waarborg B.A.) O JA O NEEN Naam en volledig adres van de derde: …… …… Identiteit van de Verzekeringsmaatschappij van de derde: …… Polisnr.: …… Als er een officiële vaststelling gebeurde; door welke overheid? Politie: …… P.V.-nr.: …… Rijkswacht: …… P.V.-nr.: ……

Opgemaakt te …… op …… Handtekening (hoedanigheid)

VERZEKERINGEN
ASSURANCES

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné …….. Docteur en médecine, domicilié ……
…… déclare que M. ……..né le ……
a subi les lésions suivantes par accident: ……
……. Radiographie nécessaire: OUI – NON
Hospitalisation nécessaire: OUI – NON
Rapatriement nécessaire: OUI – NON
Causes probables de l'affection: ……..
Doit garder le lit pendant …… jours. Date: …… Signature:

ARZTLICHE BESCHEINIGUNG

Ich Unterzeichneter …….. Doktor der Medizin, wohnhaft zu ……..
…… erkläre, dass, Herr/Frau ……..geboren am ……
die folgenden unfallbedingten Verletzungen erlitten hat: ……
…… Röntgenuntersuchung erförderlich: JA – NEIN
Stationäre Behandlung erförderlich: JA – NEIN
Wiederheimführung erföderlich: JA – NEIN
Wahrscheinliche Ursachen der Krankheit: ……
Muss …… Tage das Bett hüten. Datum: …… Unterschrift:

MEDICAL CERTIFICATE

I, the undersigned …….. Doctor of Medicine, resident at ……
…… hereby declare that Mr./Mrs./Miss ……. born on ……
has sustained the following injuries by accident: ……
…… Radiography required: YES – NO
Hospitalization required: YES – NO
Repatriation required: YES – NO
Probable causes of the affection: ……
Must stay in bed for ……. days. Date: …… Signature:

CERTIFICADO MEDICO

El que suscribe …….. doctor en medicina, con dõmicilio en ……
Declara que el Sr./la Sra …… nacido el ……
ha sufrido las siguientes lesiones por accidente: ……
…… Radiografia necesaria: SI – NO
Hospitalización necesaria: SI – NO
Repatriación necesaria: SI – NO
Cãusas probables de la affeción: ……
Tiene que guardar coma durante …… dias. Fecha: …… Firma:

VERZEKERINGEN
ASSURANCES

CERTIFICATO MEDICO

Io sottoscritto …….. dottore in medicina, domiciliato ……..
…… dichiaro che il signor/la signora ……... nato il ……
ha sopportato le seguenti lesioni per infortunio: ……
…….. Radiografia necessaria: SI – NO
Rimpatrio necessario: SI – NO
Ricovero in un ospedale necessario: SI – NO
Cause probabili dell'affezione: ……
Deve stare a letto durante gg. N. …… Data: …… Firma: