



ONGEVALSVERKLARING BUITENLAND

Guimardstraat 7- 1040 Brussel
+32 (0)2 509 96 11

Naam, adres en telefoonnummer van de onderschrijver: (School, Groepering, enz. ...)

Voor Chiro stamnummer invullen:

Datum van ongeval

--	--	--	--	--	--	--	--

Geboortedatum van slachtoffer

--	--	--	--	--	--	--	--

SLACHTOFFER	<p>IDENTITEIT EN HOEDANIGHEID VAN HET SLACHTOFFER:</p> <p>Naam:</p> <p>Adres:</p> <p>Hoedanigheid:</p> <p>Bankrekening:</p> <p>Is er ten voordele van het slachtoffer een hospitalisatieverzekering, persoonlijke ongevallenverzekering of groepsverzekering onderschreven? Zo ja, polisnummer en verzekeringsmaatschappij:</p>
ONGEVAL	<p>INLICHTINGEN BETREFFENDE HET ONGEVAL:</p> <p>Juiste plaats en uur van het ongeval:</p> <p>Oorzaken en omstandigheden van het ongeval (eventueel uitgebreid verslag bijvoegen):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Werd het ongeval door een derde (andere persoon) veroorzaakt? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEEN</p> <p>Heeft het ongeval schade aan een derde (andere persoon) toegebracht? (waarborg B.A.) <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEEN</p> <p>Naam en volledig adres van de derde:</p> <p>.....</p> <p>Identiteit van de Verzekeringsmaatschappij van de derde: Polisnr.:</p> <p>Als er een officiële vaststelling gebeurde; door welke overheid? Politie: P.V.-nr.:</p> <p style="padding-left: 150px;">Rijkswacht: P.V.-nr.:</p>

Opgemaakt te op

Handtekening (hoedanigheid)



Guimardstraat 7- 1040 Brussel
+32 (0)2 509 96 11

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/Fraugeboren am
die folgenden unfallbedingten Verletzungen erlitten hat:
..... Röntgenuntersuchung erforderlich: JA – NEIN
..... Stationäre Behandlung erforderlich: JA – NEIN
..... Wiederheimführung erforderlich: 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 domicilio en
Declara que el Sr./la Sra nacido el
ha sufrido las siguientes lesiones por accidente:
..... Radiografía necesaria: SI – NO
..... Hospitalización necesaria: SI – NO
..... Repatriación necesaria: SI – NO
Causas probables de la afección:
Tiene que guardar coma durante días. Fecha: Firma:



Guimardstraat 7- 1040 Brussel
+32 (0)2 509 96 11

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: