



# ONGEVALSVERKLARING BUITENLAND



polisnummer 99.557.651

[www.icci.insure](http://www.icci.insure)

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

Voor Chiro stamnummer invullen: .....

Datum van ongeval

Geboortedatum van slachtoffer

<b>SLACHTOFFER</b>	<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>
<b>ONGEVAL</b>	<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 <b>door een derde</b> (andere persoon) veroorzaakt? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEEN</p> <p>Heeft het ongeval schade <b>aan een derde</b> (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>Rijkswacht: ..... P.V.-nr.: .....</p>

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

Handtekening (hoedanigheid)

<b>CERTIFICAT MEDICAL</b>	
Je soussigné .....	Docteur en médecine, domicilié .....
a subi les lésions suivantes par accident: .....	
.....	
.....	
Causes probables de l'affection: .....	
Doit garder le lit pendant ..... jours.	
Radiographie nécessaire: OUI – NON	
Hospitalisation nécessaire: OUI – NON	
Rapatriement nécessaire: OUI – NON	
Date: ..... Signature: .....	

**ARZTLICHE BESCHEINIGUNG**

Ich Unterzeichneter ..... Doktor der Medizin, wohnhaft zu .....  
 ..... erkläre, dass, Herr/Frau ..... geboren 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: .....

**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: .....