



ONGEVALSVERKLARING BUITENLAND



polisnummer 99.557.651

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? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEEN Heeft het ongeval schade aan een derde (andere persoon) toegebracht? (waarborg B.A.) <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> 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)

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 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: