



# SCHADEAANGIFTE PERSOONLIJKE VERZEKERING

Polisnr. ....

## VERZEKERINGSKANTOOR

Naam PARÉCHAL 050 98 80 70      Producentnummer      Referte      Telefoonnummer

## VERZEKERINGNEMER

Naam Nowedo 62w      Voornaam      Beroep

Straat en nummer POLDERSTRAAT 76A      Postnummer 8310      Deelgemeente SINT-KRUIS      Fusiegemeente BWGGF

Telefoonnummer:      privé      kantoor

Andere contracten die u inroept voor dit ongeval bij Fidea      Polisnummer(s)

Bij een andere maatschappij? Welke?      Polisnummer(s)

## INLICHTINGEN NOPENS HET SLACHTOFFER

Naam en voornaam

Straat en nummer      Postnummer      Deelgemeente      Fusiegemeente

Telefoonnummer - privé      Rek.nr. financiële instelling

Geboortedatum      Beroep

Ziekenkas: naam      adres      inschrijvingsnr.

Wanneer het ongeval in het buitenland gebeurde, werd het speciaal formulier ingevuld dat door de ziekenkas vereist is?

 ja     neenIs het slachtoffer bij een andere maatschappij verzekerd tegen lichamelijke ongevallen?     ja     neen

Indien ja, naam van de maatschappij en polisnummer: .....

Het medisch getuigschrift werd afgegeven op ..... aan .....

## INLICHTINGEN BETREFFENDE HET ONGEVAL

Straat en nummer      Postnummer      Deelgemeente      Fusiegemeente

Datum      Ur

Was het slachtoffer inzittende van een voertuig?     ja     neen

Merk .....      Nummerplaat .....



# PERSOONLIJKE VERZEKERING – MEDISCH GETUIGSCHRIFT

(moet dadelijk naar de maatschappij gezonden worden)

Polisnr. ....

## VERZEKERINGSKANTOOR

Naam STARÉCHAL 050 28 80 70      Producentnummer .....      Referte .....      Telefoonnummer .....

## VERZEKERINGNEMER

Naam Nowedo vzw      Voornaam .....      Beroep .....

Straat en nummer Polderstraat 76A      Postnummer 8360      Deelgemeente Sint-Kruis      Fusiegemeente Druuge

Telefoonnummer:      privé .....      kantoor .....

Andere contracten die u inroept voor dit ongeval bij Fidea      Polisnummer(s) .....

Bij een andere maatschappij? Welke?      Polisnummer(s) .....

## INLICHTINGEN NOPENS HET SLACHTOFFER

Naam en voornaam .....

Straat en nummer .....      Postnummer .....      Deelgemeente .....      Fusiegemeente .....

Telefoonnummer - privé .....      Rek.nr. financiële instelling .....

Geboortedatum .....      Beroep .....

Ziekenkas:      naam .....  
                             adres .....  
                             inschrijvingsnr. ....

Wanneer het ongeval in het buitenland gebeurde, werd het speciaal formulier ingevuld dat door de ziekenkas vereist is?  
 ja       neen

Is het slachtoffer bij een andere maatschappij verzekerd tegen lichamelijke ongevallen?       ja       neen

Indien ja, naam van de maatschappij en polisnummer: .....

Het medisch getuigschrift werd afgegeven op ..... aan .....

## MEDISCHE VASTSTELLING

In te vullen bij eerste raadpleging

1. Het ongeval heeft volgende verwondingen tot gevolg: .....

.....

.....

.....

