

AIG

EUROPE

Ongevalaangifte

AIG EUROPE, PLEINLAAN 11 - 1050 BRUSSEL - TEL 02/7399000 - FAX 02/7399103

VERZEKERINGSNEMER :

SPORTINEZ vzw
POSTBUS 73
3980 TESSENDERLO

Polisnr. 2.451.854

Datum ongeval:/...../.....

Naam en voornaam van de gekwetste:

.....

Geboortedatum:/...../.....

Beroep:

Adres:

.....

Financiële rekening:-.....-.....

Omstandigheden van het ongeval

.....

.....

.....

.....

.....

Welk is de aard en uitgebreidheid van de letsels?

.....

.....

.....

Plaats van het ongeval:

Naam en adres van de getuigen:

.....

.....

Werd er een proces-verbaal opgesteld?

Zo ja, door welke overheid:

.....

.....

PLAK HIER HET GELE IDENTIFICATIEVIGNET VAN HET ZIEKENFONDS

Met het oog op een vlot

beheer van het schadedossier,

en enkel daartoe,

geef ik hierbij mijn bijzondere

toestemming wat betreft

de verwerking van medische

gegevens die op mij

betrekking hebben.

(art. 7 van de wet van 8 december

1992 tot bescherming van de

persoonlijke levenssfeer.)

Ik bevestig hierbij de juistheid en

de volledigheid van de ingevulde

gegevens.

Datum/...../.....

Handtekening

.....

BEHEERDER: _____

Schadenummer: _____

IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELLENDE GENEESHEER

Naam en adres van de geneesheer: _____

Datum en uur van het ongeval: _____

Aard van de letsels: _____

Naam en adres van de gekwetste/zieke: _____

Wanneer werd u bij de gekwetste/zieke geroepen? Datum en uur _____

Bestaat er aanleiding toe erge gevolgen te voorzien, zo ja, welke en om welke redenen? _____

Welke is, volgens u, de vermoedelijke datum van de eerste symptomen van de ziekte? (Enkel in geval van ziekte) _____

Hebt u bij de patient, naast verwondingen, een ziekte of gebrekkigheid vastgesteld? Zo ja, welke: _____

Op welke wijze kan deze ziekte of gebrekkigheid de genezing beïnvloeden? _____

Kan de gekwetste/zieke gedeeltelijk zijn gewone bezigheden waarnemen? _____

Moet de gekwetste/zieke, overeenkomstig uw voorschriften te bed of op de kamer blijven? Zo ja, hoelang? _____

Bent u van oordeel dat een verblijf in hospitaal noodzakelijk is?

Ja N e e _____

Zo ja, vermoedelijke duur: _____

Om welke redenen? _____

Evolutie van de graad van werkonbekwaamheid

Van _____ % tot _____ % - Van _____ tot _____

Van _____ % tot _____ % - Van _____ tot _____

Van _____ % tot _____ % - Van _____ tot _____

Waarschijnlijke duur van de geneeskundige behandeling?

Waarschijnlijke datum van genezing: _____

Bijkomende inlichtingen: _____

Opgemaakt te: _____, op _____ 19____

Handtekening van de geneesheer,

Wij verzoeken de HH. dokters geen enkele van bovenstaande vragen onbeantwoord te laten. Anderzijds verzoeken wij hen, indien vertrouwelijke mededelingen moeten worden gedaan, deze onder gesloten omslag bij te voegen; zij zullen aan onze raadgevende geneesheer worden toevertrouwd.