



# ONGEVALSVERKLARING BUITENLAND

IC-Verzekeringen nv

Guimardstraat 1 - 1040 Brussel

Email: [ongevallen@ic-verzekeringen.be](mailto:ongevallen@ic-verzekeringen.be)  
[www.ic-verzekeringen.be](http://www.ic-verzekeringen.be)

Polisnummer: 99.557.651

Naam, adres en stamnummer van de Chirogroep: .....

.....

.....

Datum van ongeval

Geboortedatum van slachtoffer

<b>SLACHTOFFER</b>	<p><b>IDENTITEIT EN HOEDANIGHEID VAN HET SLACHTOFFER:</b></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><b>INLICHTINGEN BETREFFENDE HET ONGEVAL:</b></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>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 .....
	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: .....

# ONGEVALSVERKLARING BUITENLAND

IC-Verzekeringen nv

Guimardstraat 1 - 1040 Brussel

Email: [ongevallen@ic-verzekeringen.be](mailto:ongevallen@ic-verzekeringen.be)  
[www.ic-verzekeringen.be](http://www.ic-verzekeringen.be)

Polisnummer: 99.557.651

## 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

Cãusas 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'afezione: .....  
Deve stare a letto durante gg. N. .... Data: ..... Firma: .....