

DOSSIER BEHEERD TE

2600 BERCHEM-ANTWERPEN
Grote Steenweg 214
Tel. 03 218.31.11
Fax. 03 218.31.50

1000 BRUSSEL
E. Jacquainlaan 53
Tel. 02 220.81.11
Fax. 02 220.81.50

3500 HASSELT
Guffenslaan 5 - 7 - 9
Tel. 011 29.39.11
Fax. 011 29.39.50

9000 GENT
Kouter 150
Tel. 09 244.22.11
Fax. 09 244.22.50

3000 LEUVEN
Mgr. Ladeuzeplein 17
Tel. 016 28.20.11
Fax. 016 28.20.50

8800 ROESELARE
Kwadestraat 149
Tel. 051 27.53.11
Fax. 051 27.53.50

1000 BRUSSEL
Kruidtuinlaan 13 - 14
Tel. 02 225.71.11
Fax. 02 225.71.50



INDIVIDUELE ONGEVALLLENVERZEKERING

Aangifte van schadegeval voor polis nr. 03/99.044.879

ONMIDDELLIJK OP TE STUREN

Producent	<input type="checkbox"/>
Verzekerde	<input type="checkbox"/>

Briefwisseling houden met

Producent/rekening nr	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
Benaming :									
Lokaliteit :									
Ref. : Tel. :/.....									

Schadegeval nr :

Ontvangen door de maatschappij op

Laatst betaalde premie:

--	--	--	--	--	--

Gelieve alle vragen duidelijk te beantwoorden opdat wij uw belangen optimaal zouden kunnen verdedigen.

VERZEKERINGSNEMER	NAAM (in drukletters) VOLLEDIG ADRES	BAYER Antwerpen Comm.V Haven 507 Scheldelaan 420 2040 ANTWERPEN
VERZEKERDE	NAAM en Voornamen (in drukletters) VOLLEDIG ADRES Plaats en datum van geboortestraat, nr. te tel.: .. /
ONGEVAL of ZIEKTE	DATUM VAN VOORVAL Juiste plaats	Op voor-, ... uur middag na-

OMSTANDIGHEDEN: breedvoerige beschrijving a.u.b.

.....

KEERZIJDE INVULLEN A.U.B.

DOSSIER BEHEERD TE

2600 BERCHEM-ANTWERPEN
Grote Steenweg 214
Tel. 03 218.31.11
Fax. 03 218.31.50

1000 BRUSSEL
E. Jacquainlaan 53
Tel. 02 220.81.11
Fax. 02 220.81.50

3500 HASSELT
Guffenslaan 5-7-9
Tel. 011 29.39.11
Fax. 011 29.39.50

9001 GENT
Kouter 150
Tel. 09 244.22.11
Fax. 09 244.22.50

3000 LEUVEN
Mgr. Ladeuzeplein 17
Tel. 016 28.20.11
Fax. 016 28.20.50

8800 ROESELARE
Kwadestraat 149
Tel. 051 27.53.11
Fax. 051 27.53.50

1000 BRUSSEL
Kruidtuinlaan 13 - 14
Tel. 02 225.71.11
Fax. 02 225.71.50

**FORTIS AG**

Solid partners, flexible solutions

INDIVIDUELE ONGEVALLLENVERZEKERING**GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT**

dadelijk na het eerste medisch onderzoek te sturen
aan de adviserende geneesheer van Fortis AG.

VERZEKERINGSNEMER: BAYER Antwerpen Comm.V Haven 507 Scheldelaan 420 2040 ANTWERPEN	Polis Nr.: 03/99 044 879
	Schadegeval Nr.
Naam en voornamen van slachtoffer Adres Plaats en datum van geboorte Beroep
Dag, uur en plaats van het eerste onderzoek Datum van het ongeval of oorsprong van de letsels volgens slachtoffer
ZEER VOLLEDIGE DIAGNOSE VAN DE AANDOENING: - objectieve kentekens: soort, aard, en ernst der klachten of kwetsuren alsmede de aangetaste delen van het lichaam heel juist aanduiden - subjektieve klachten door slachtoffer geuit
Doen de objectieve vaststellingen het waarschijnlijke uitschijnen van de oorzaak aangeduid door slachtoffer, alsmede de opgegeven datum? Zo niet, op welke vaststellingen is dan uw antwoord gesteund?

KEERZIJDE INVULLEN A.U.B.

<ul style="list-style-type: none"> - Kan slachtoffer voortgaan met geheel of gedeeltelijk te werken? Zo niet, op welke datum werd het werk gestaakt? (voor de leerlingen, aanduiden of er lesonderbreking is?) 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<ul style="list-style-type: none"> - DIAGNOSE: Volledig herstel - duur van behandeling - duur van de tijdelijke werkonbekwaamheid: <ul style="list-style-type: none"> - volledige : - gedeeltelijke: - blijvende werkonbekwaamheid: - overlijden 	<p>ja –neen</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ja – volledige gedeeltelijke %</p> <p>.....</p>
<p>Bestaat er niets bij dit slachtoffer dat van aard is de gevolgen van het ongeval of de ziekte abnormaal te verergeren? Vroegere gebrekkelijkheid?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Worden er gedurige zorgen verstrekt? Indien slachtoffer in een verpleeginrichting is opgenomen, adres van deze inrichting aanduiden Is de tussenkomst van een ander geneesheer (specialist, chirurg, radioloog, enz...) noodzakelijk?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Bijzondere opmerkingen</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Opgemaakt te, op

Naam en woonplaats of naamstempel
van de geneesheer,

Handtekening,

DOSSIER BEHEERD TE

2600 BERCHEM-ANTWERPEN
Grote Steenweg 214
Tel. 03 218.31.11
Fax. 03 218.31.50

1000 BRUSSEL
E. Jacquainlaan 53
Tel. 02 220.81.11
Fax. 02 220.81.50

3500 HASSELT
Guffenslaan 5-7-9
Tel. 011 29.39.11
Fax. 011 29.39.50

9000 GENT
Kouter 150
Tel. 09 244.22.11
Fax. 09 244.22.50

3000 LEUVEN
Mgr. Ladeuzeplein 17
Tel. 016 28.20.11
Fax. 016 28.20.50

8800 ROESELARE
Kwadestraat 149
Tel. 051 27.53.11
Fax. 051 27.53.50

1000 BRUSSEL
Kruidtuinlaan 13 - 14
Tel. 02 225.71.11
Fax. 02 225.71.50



INDIVIDUELE ONGEVALLLENVERZEKERING

GENEZINGSGETUIGSCHRIFT

Terug te sturen aan de adviserende geneesheer van Fortis AG

VERZEKERINGSNEMER: BAYER Antwerpen Comm.V Haven 507 Scheldelaan 420 2040 ANTWERPEN	Polis Nr.: 03/99 044 879
	Schadegeval Nr.:

Ik ondertekende
geneesheer,
wonende te

verklaar dat M.

door een ongeval of een ziekte getroffen op

genezen is sinds

Er is geen blijvende invaliditeit.

Er is een blijvende invaliditeit door mij op % geschat en bestaande uit

De tijdelijke werkonbekwaamheid was volledig van tot

gedeeltelijk à % van tot

à % van tot

à % van tot

Opmerkingen:

.....

.....

.....

Te, op

De geneesheer,