

## **SCHADEAANGIFTE PERSOONLIJKE VERZEKERING**

*Dit formulier dient ingevuld te worden door de verantwoordelijke van de activiteit binnen de vereniging.*

*Zo spoedig mogelijk verzenden aan PARKassurantiën a.u.b.*

**Polisnr. 30 527 474**

### **TUSSENPERSOON**

**PARKassurantiën**  
Paulus Beyestraat 40  
2100 Deurne

agent nr. 114669  
tel. (03) 325 91 10 - fax. (03) 325 91 01  
vera.vandijck@parkassur.be

### **VERZEKERINGNEMER**

çavaria vzw, Kammerstraat 22, 9000 Gent

Verzekerde vereniging : .....

### **INLICHTINGEN NOPENS HET SLACHTOFFER**

Naam en voornaam .....

Straat en nummer .....

Postnummer .....

Deelgemeente .....

Fusiegemeente .....

Lidnummer : .....

### **INLICHTINGEN BETREFFENDE HET ONGEVAL**

Straat en nummer .....

Postnummer .....

Deelgemeente .....

Fusiegemeente .....

Datum .....

Uur .....

Was het slachtoffer inzittende van een voertuig?  ja  neen

Merk ..... Nummerplaat .....

Identiteit van de eigenaar: .....

Proces-verbaal?  ja  neen Opgemaakt door ..... PV-nummer: .....

Eerste zorgen verleend door Dokter ..... te .....

Verantwoordelijke derde Naam en voornaam (1) .....

Adres ..... Telefoonnummer .....

Verzekeringsmaatschappij ..... Polisnummer .....

**GETUIGEN**

Identiteit van de getuigen van het ongeval:

Naam en voornaam (1)	1. ....	2. ....
	.....	.....
Adres	.....	.....
	.....	.....
Telefoonnummer	.....	.....

**OMSTANDIGHEDEN**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

(1) Blokletters a.u.b.

Opgemaakt te goeder trouw te ..... op .....

Handtekening bemiddelaar,

Handtekening verzekeringnemer,

## PERSOONLIJKE VERZEKERING – MEDISCH GETUIGSCHRIFT

Dit formulier dient ingevuld te worden door het **slachtoffer** (p.3) en de **behandelende arts** (p.4).

Zo spoedig mogelijk verzenden aan **PARKassurantiën a.u.b.**

Polisnr. 30 527 474

### TUSSENPERSOON

PARKassurantiën  
Paulus Beyestraat 40  
2100 Deurne

agent nr. 114669  
tel. (03) 325 91 10 - fax. (03) 325 91 01  
E-mail contactpersoon : [vera.vandijck@parkassur.be](mailto:vera.vandijck@parkassur.be)

### VERZEKERINGNEMER

çavaria vzw, Kammerstraat 22, 9000 Gent

Verzekerde vereniging : .....

### INLICHTINGEN NOPENS HET SLACHTOFFER

Naam en voornaam .....

E-mail adres .....

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: .....
2. Met  een volledige werkonbekwaamheid van ..... dagen.  
 een gedeeltelijke werkonbekwaamheid van ..... dagen aan ..... %
3. Aanvangsdatum van de werkonbekwaamheid: .....
4. Vermoedelijk gevolg van het ongeval: - blijvende invaliditeit:  geheel  gedeeltelijk  
te wijten aan .....
- volledige genezing
5. Vermoedelijke duur van de werkonbekwaamheid: .....
6. Toegepaste medische behandeling: .....
7. Is er vereist:

	ja	neen		ja	neen
- een bijzondere behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- raadpleging van een specialist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een radiografie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- opname in een ziekenhuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was het slachtoffer voordien in goede gezondheid?  ja  neen
9. Kan een vooraf bestaande toestand (ziekte of verwonding) enige invloed hebben op de gevolgen van het ongeval?  
 ja  neen Welke? .....
10. Datum van het eerste onderzoek: .....
11. Bijzondere opmerkingen: .....

Opgemaakt te goeder trouw te ..... op .....

Handtekening geneesheer + stempel,