



Ongevvalsverklaring

te zenden aan: Interdiocesaan Centrum - Afdeling Hasselt
Kempische Steenweg 404
3500 Hasselt Tel. 011/87.04.11
Fax:011/87.04.88

Polisnummer: **99.529.559**

Stamnummer: _____

Naam en adres van de groepering: _____

Naam van het slachtoffer: *(in hoofdletters a.u.b.)*

Geboortedatum: _____

Voornaam van de vader: *(bij ontstentenis, naam en voornaam van de moeder of van de voogd)*

Volledig adres: _____

Financiële rekening: _____

Mutualiteit: _____

(eventueel zelfklever aanbrengen)

Plaats, datum en uur van het ongeval: _____

Op welk uur beginnen/eindigen de activiteiten: _____

Hoe is het ongeval gebeurd ? *(omstandige beschrijving)*

Denkt U dat uw aansprakelijkheid als leiding kan ingeroepen worden ? Waarom ?

Is een derde aansprakelijk voor het ongeval ? Waarom ? Wie is deze persoon ?

Werd er een proces-verbaal opgemaakt ? _____

Nr. van PV: _____

Gedaan te _____ op _____
(Handtekening van de leiding)

Opmerking: Ongevvalsaangifte in ENKEL EXEMPLAAR op te maken en onmiddellijk, behoorlijk ingevuld en ondertekend, naar bovenstaand adres te zenden



Medisch getuigschrift

te zenden aan: Interdiocesaan Centrum - Afdeling Hasselt
Kempische Steenweg 404
3500 Hasselt Tel. 011/87.04.11
Fax:011/87.04.88

Polisnummer: **99.529.559**

Stamnummer: _____

Afgeleverd door Dokter: _____
wonende te: _____

Naam van het slachtoffer: *(in hoofdletters a.u.b.)*

Naam en adres van de groepering: _____

Datum van ongeval: _____

Datum van uw eerste onderzoek: _____

Vastgestelde letsels: _____

Toegepaste behandeling: _____

Waarschijnlijke duur van de behandeling: _____

Lijdt het slachtoffer aan ziekten, gebrekkigheden of dergelijke die reeds bestonden voor het ongeval en welke de gevolgen van dit laatste zouden kunnen verergeren ?

Welke ? _____

Is er een blijvende invaliditeit te voorzien ? _____

Waar wordt de gekwetste verzorgd ? _____

Is de tussenkomst van een specialist nodig ? _____

Is radiografie noodzakelijk ? _____

Is ziekenhuisopname noodzakelijk ? _____

Waarom ? _____

Gedaan te _____ op _____
(Handtekening van de Dokter)