

Betreffende ongeval/ ziekte overkomen aan verzekerde :

Naam :

Voorname :

Geboortedatum:

1a. Heeft u de eerste hulp verleend? Ja Nee

b. Zoniet, kunt u de naam van de eerste hulpverlener vermelden?

2a. Wanneer heeft u de verzekerde voor het eerst behandeld?

Date: (day/ month/ year) hour a.m./ p.m

b. Waar trof u hem toen aan?

3. Is hij thans nog onder uw behandeling? Ja Nee

4a. Geef a.u.b. volledige bijzonderheden omtrent het door verzekerde geleden letsel/ zlekte:

Wat: Wanneer: Hoe:

b. Anatomische locatie:

c. Aard en omvang:

d. Uw diagnose(s)?

e. Moel verzekerde op uw advies opgenomen worden?

f. Behandeling/ verrichting: (a.u.b. specificeren: de term "medische behandeling" mag niet gebruikt worden)

Verrichting 1: Datum (dag/maand/jaar):

Verrichting 2: Datum (dag/maand/jaar):

g. Zal het ongeval/ de ziekte blijvende of tijdelijke invaliditeit tot gevolg hebben? Ja Nee

BIJ ONGEVAL:

5a. Is het letsel uitsluitend en onmiddellijk veroorzaakt door het ongeval? Ja Nee

b. Of moet dlt ook aan andere oorzaken toegeschreven worden zoals bestaande ziekte? Ja Nee

c. Of zijn deze door de gevolgen van het ongeval vergroot of verergerd en zo ja, in welke mate? Ja Nee

6a. Was verzekerde voor het ongeval / de ziekte:

b. Reeds invalide? Ja Nee

c. Op een of andere wijze verminkt? Ja Nee

d. Lichamelijk of geestelijk gebrekkig? Ja Nee

e. Aan een of andere ziekte lijdend? Ja Nee

7a. Heeft u reden om te vermoeden dat verzekerde ten tijde van het ongeval onder invloed was van drogerende middelen? Ja Nee

b. Zo ja, heel!u dlt onderzocht? Ja Nee

Ondergetekende verklaart bovenstaande vragen overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord.

Datum: Handtekening behandelaar:

Naam en contactgegevens behandelaar: