

Bijlage 1

Formulier voor ongevalsangifte. Ingevol terug te zenden naar:

De Vrienden van de B.N.B.E.
Albertlaan 135
1190 Brussel
tel: 02/344.32.63
02/345.99.07

Identiteit van de verzekerde

Naam:

Voornamen:

Adres:

Telefoon:

Geboortedatum:

Beroep:

Lidkaartnummer van de "Vrienden":

A. Verklaring inzake Burgerlijke Aansprakelijkheid (indien het ongeval schade heeft berokkend aan derden)

1. ongeval: datum:
 plaats:
 uur:

2. Benadeelde derde: naam:
 Adres:

Materiële schade: aard:
 bestek of evaluatie:€
verwondingen: aard en ernst:

3. Naam en adres van de getuigen:

4. Welke eisen werden aan de verzekerde gesteld en door wie?

5. Korte beschrijving van het ongeval. Wat gebeurde er? In welke omstandigheden?

Opgelet: de verzekerde mag geen facturen betalen en mag in geen geval papieren ondertekenen waardoor hij zich met de benadeelde derde of zijn verzekeringsinstelling verbindt.

N.B.: Ons laten geworden: bestek, evaluatie of factuur op naam van de benadeelde persoon, alle briefwisseling.

Bijlage 2

Formulier voor ongevalsangifte. Ingevolg terug te zenden naar:

De Vrienden van de B.N.B.E.
Albertlaan 135
1190 Brussel
tel: 02/344.32.63
02/345.99.07

Identiteit van de verzekerde

Naam:

Voornamen:

Adres:

Telefoon:

Geboortedatum:

Beroep:

Lidkaartnummer van de "Vrienden":

B. Verklaring van een lichamelijk ongeval (wanneer de verzekerde gewond is)

1. ongeval: datum:
 plaats:
 uur:
2. Wat deed de gewonde wanneer het ongeval is gebeurd?
3. Hoe is het ongeval gebeurd?
4. Naam en adres van de getuigen.
5. Welke zijn de opgelopen verwondingen?
6. Heeft de gewonde het werk gestaakt? Wanneer?
7. Naam en adres van de arts die de eerste zorgen toediende. Het medisch getuigschrift bijvoegen (vaststelling letsels, zorgen, prognose)
8. Werd de verzekerde opgenomen in het ziekenhuis? Waar?

N.B.: Ons zo vlug mogelijk doorsturen: facturen (in verband met dit ongeval) van de arts, ziekenhuis, apotheker,.... met bewijs van betaling en attest van terugbetaling of niet terugbetaling van de ziekenkas.

Bijlage 3

Formulier voor ongevalsangifte. Ingevolg terug te zenden naar:

De Vrienden van de B.N.B.E.
Albertlaan 135
1190 Brussel
tel: 02/344.32.63
02/345.99.07

Identiteit van de verzekerde

Naam:

Voornamen:

Adres:

Telefoon:

Geboortedatum:

Beroep:

Lidkaartnummer van de "Vrienden":

C. Aangifte vervoersonkosten per ziekenwagen

1. vervoer: datum:
uur:
2. Plaats waar de aanval van epilepsie zich voordeed en van waaruit de persoon vervoerd werd:
3. Naar welk ziekenhuis:
4. Door welke ziekenwagendienst? (factuur met bewijs van betaling en attest van de terugbetaling of niet terugbetaling door het ziekenfonds bijvoegen a.u.b.)
5. Heeft de persoon verwondingen opgelopen tijdens de aanval? Zo ja, gelieve ook vragenlijst 2 in te vullen.