

Polisnummer

Leden: A8/31.714.575-0300

Niet-leden: A8/31.714.586-0300



Deze aangifte binnen de 5 dagen bezorgen aan:

Uw schadegeval wordt geregeld volgens de algemene en bijzondere polisvoorwaarden die van kracht zijn op het ogenblik van het ongeval.

Sporta-federatie vzw

Geneinde 2 – 2260 Westerlo

Tel 014/53.95.89 – Fax 014/54.12.48

verzekeringen@sporta.be www.sporta.be

SLACHTOFFER

Naam: Voornaam:

Adres: Postcode: Gemeente:

Tel werk / privé / gsm: E-mail:

Enkel voor minderjarigen → naam vader / moeder / voogd:

Geboortedatum: / / Geslacht: M V Beroep:

Rekeningnummer: - - Op naam van:

Lid Sporta-federatie vzw: JA → Lidnummer (zie lidkaart): NEEN

CLUB

Clubnaam: Clubnummer: Sporttak:

Naam clubverantwoordelijke: Voornaam:

Adres: Postcode: Gemeente:

Tel werk / privé / gsm: E-mail:

Functie binnen de club: Handtekening:

ONGEVAL

Datum: / / Dag: Uur:

Adres van het ongeval: Postcode: Gemeente:

Juiste plaats / locatie van het ongeval:

Het ongeval gebeurde: Tijdens een activiteit van bovenvermelde club → Training / wedstrijd / andere:

Op de weg van of naar een activiteit van de club → Training / wedstrijd / andere:

Andere:

Enkel voor verkeersongevallen → hoedanigheid van het slachtoffer: bestuurder van een gemotoriseerd voertuig zwakke weggebruiker

Proces-verbaal: JA NEEN PV-nummer: Datum: Opgemaakt door:

Beschrijving van het ongeval (actie / handeling, oorzaken, omstandigheden):

AANSPRAKELIJKHEID

Eventueel aansprakelijke derde → Naam en adres:

Indien gekend van derde → Verzekeringsmaatschappij en polisnummer (BA):

Met het oog op een vlot beheer van het schadedossier en enkel daartoe geef ik hierbij mijn bijzondere toestemming wat betreft de verwerking van medische gegevens die op mij betrekking hebben (art. 7, wet van 8 december 1992)

Opgemaakt te op

Handtekening van het slachtoffer

Kleef hier een **kleefbriefje** van uw ziekenfonds

GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT

Dokter

Slachtoffer

Naam en adres (of stempel)

Naam

Datum ongeval

1. Aard van de verwondingen

2. Had het slachtoffer reeds letsels of ziekten die het ongeval verergerd hebben? ja neen

Welke?

Sedert wanneer?

3. Wanneer heeft men voor de eerste maal de hulp van de dokter ingeroepen? Datum

Naam en woonplaats van die dokter

4. Het slachtoffer is:

volledig arbeidsongeschikt begindatum vermoedelijke einddatum

gedeeltelijk arbeidsongeschikt

..... % begindatum vermoedelijke einddatum

..... % vermoedelijke begindatum vermoedelijke einddatum

in staat zijn gewoon werk voort te zetten.

5. Waar zal het slachtoffer voortaan verzorgd worden?

Naam en woonplaats van die dokter

Belangrijk: Toestemming voor fysiotherapeutische behandeling dient aan het ziekenfonds aangevraagd te worden, met vermelding van a) aard van de prestaties, b) aantal zittingen, c) lokalisatie, d) vermoedelijke duur en e) medische redenen van de behandeling. Als het slachtoffer geen aanspraak kan maken op tegemoetkoming van het ziekenfonds, dient deze aanvraag aan KBC Verzekeringen te worden gedaan.

6. Zijn er erge gevolgen te vrezen voor de toekomst? ja neen

Waarin zouden deze bestaan? (bv. Overlijden, blijvende arbeidsongeschiktheid, enz.)

Opgemaakt op

De dokter, (handtekening)