

Polisnummer	
<input type="checkbox"/> Leden:	45.236.716
<input type="checkbox"/> Niet-leden:	45.240.869



Deze aangifte binnen de 4 dagen bezorgen aan:

Turnkring Rust Roest

Kortvoortbaan 42 - 2970 Schilde

T. 03 384 34 60 **Gsm.** 0495 48 80 12

info@turnkring-rust-roest.be

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

SLACHTOFFER

Naam: Voornaam:
 Straat: Nr..... 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:
 Straat: Nr..... 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 weg van of naar een activiteit ➔ Training / wedstrijd / andere:
 tijdens een individuele training
 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 (oorzaken, omstandigheden en gevolgen, opgelopen verwondingen en/of schade):

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

GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT

Dokter	Slachtoffer
Naam en adres (of stempel)	Naam
	Datum ongeval

- Datum en uur van het eerste geneeskundig onderzoek:
- Aard van de verwondingen:
.....
.....
- Waar wordt het slachtoffer verzorgd?
- Kan het slachtoffer zich verplaatsen? JA NEEN
- Waarschijnlijke duur van de behandeling:
- Waarschijnlijke gevolgen van het ongeval:
 volledige tijdelijke arbeidsongeschiktheiddagen, van tot
 gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid dagen, van tot tegen %
 Voorziet u een volledige genezing? JA NEEN
- Bent u van mening dat de vastgestelde verwondingen het gevolg zijn van het vermelde ongeval? JA NEEN
- Kan er hier sprake zijn van een vroegere toestand (gebrekkigheden, kwalen of ziekten)? JA NEEN
 Zoja, welke?
- a) Werd er overgegaan tot een heelkundige ingreep? JA NEEN
 Zoja, welke?
 In welke inrichting en door welke chirurg?
- b) Werd er overgegaan tot een radiografisch onderzoek van diagnose en/of controle? JA NEEN
 Door welke radioloog?
- c) Wenst u een tussenkomst van een specialist? JA NEEN
- Opmerkingen:
.....
.....
.....

Opgemaakt te: op

Handtekening arts