arena
YOUR COACH IN SPORTS INSURANCE
Part of The StarStone Group

AANGIFTEFORMULIER "LICHAMELIJKE ONGEVALLEN"

Gelieve het formulier over te maken aan : ARENA NV - NERVIERSLAAN 85 bus 2 - 1040 BRUSSEL

INLICHTINGEN OMTRENT UW CLUB EN / OF UW FEDERATIE

Polisnummer : **L.O. 1.116.925**
B.A. 1.116.926

BADMINTON VLAANDEREN VZW

Badminton VLAANDEREN

Benaming van uw club .....OLVE BC vzw.....

Naam en adres clubverantwoordelijke ..Svevo Blommaerts, secretariaat OLVE BC vzw.....

.....Grensstraat 46, 2540 Hove.....

Tel. nr. / GSM ...0484 / 35 56 00..... E-mail ...secretaris@olvebadminton.be.....

INLICHTINGEN OMTRENT HET SLACHTOFFER

Naam .....

Voornaam .....

Adres .....

.....

Geboortedatum ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ M ☐ V ☐ Beroep .....

Clublid sedert ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Nr. federale lidkaart .....

U was op het ogenblik van het ongeval : ☐ beoefenaar ☐ officieel ☐ scheidsrechter
☐ toeschouwer ☐ andere : .....

IBAN NR. ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ BIC NR. ☐☐☐☐☐☐☐☐

E-mail .....

INLICHTINGEN OMTRENT HET ONGEVAL

Datum van het ongeval ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Dag ..... Uur .....

Plaats van het ongeval .....

Beschrijving van het ongeval *(oorzaken, omstandigheden, gevolgen)*
Schets *(bij te voegen indien het een verkeersongeval betreft)*

.....

.....

.....

.....

Gelieve m.b.t. de lichamelijke letsels bijgevoegd medisch getuigschrift te laten invullen door uw geneesheer.

Tijdens welke soort activiteit vond het ongeval plaats ? ☐ Training ☐ Officiële competitiewedstrijd / kamp
☐ Vriendenwedstrijd / kamp ☐ Afzonderlijk onderschreven dekking "Tijdelijke Risico's" ☐ Andere : .....
☐ Tijdens deelname aan een clubactiviteit ☐ Op weg naar of van de clubactiviteit
☐ Tijdens deelname aan een activiteit buiten clubverband Gebruikte vervoermiddel .....

GETUIGENISSEN

Naam en adres van de getuigen van het ongeval :

....

....

....

Bij ongevallen overkomen tijdens een clubwedstrijd/kamp :

Naam van de tegenstrever (club) .....

Naam van de scheidsrechter .....

GEGEVENS MET BETREKKING TOT DE AANSPRAKELIJKHEID

Is het ongeval te wijten aan een fout van een andere verzekerde ? ☐ ja ☐ neen

Zo ja, diens naam en adres .....

.....

Leeftijd .....

Werd er een vaststelling gedaan door een verbaliserende autoriteit ? ☐ ja ☐ neen

Zo ja, welke ? .....

Eventueel nummer van proces-verbaal .....

VERKLARING MEDISCHE GEGEVENS

Gelieve hiernavolgende rubriek in te vullen of een kleefbriefje van uw ziekenfonds aan te brengen, alsmede de hiernavolgende verklaring inzake de medische gegevens te ondertekenen.

Naam van de titularis ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Voornaam ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Verzekeringsinstelling ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Inschrijvingsnummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

"Met het oog op een vlot beheer van het schadedossier, en enkel daartoe, geef ik, het slachtoffer van onderhavig ongeval, hierbij mijn bijzondere toestemming wat betreft de verwerking van medische gegevens die op mij betrekking hebben." (artikel 7 van de wet van 08.12.1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer)

Gedaan te ..... Op datum van .....

HANDTEKENING CLUBVERANTWOORDELIJKE	HANDTEKENING SLACHTOFFER
	hetwelk bovendien uitdrukkelijk bevestigt akkoord te gaan met bovenvermelde toestemmingsverklaring

Wij beheren uw dossier voor rekening van de maatschappij : StarStone Insurance (Europe) AG

Wenst U meer inlichtingen ?

arena@arena-nv.be **Tel. 02/512 03 04**
www.arena-nv.be **Fax 02/512 70 94**
N.V. ARENA - Nervierslaan 85 bus 2 - 1040 Brussel
FSMA nr. 10.365 / 0.449.789.592

FEDERATIE : **BADMINTON VLAANDEREN vzw** CLUB :	NIEUWE AANGIFTE	BESTAAND DOSSIER Dossier nr. : .....

in te vullen door de geneesheer

GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT

1) Naam van de geneesheer .....

Adres .....

Tel. nr. ..... E-mail .....

2) Naam van de gekwetste .....

Adres .....

3) Datum van het ongeval ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

4) Datum en uur waarop U de gekwetste onderzocht ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ om ☐☐ . ☐☐ uur

5) Welke is de aard der opgelopen letsels en welke lichaamsdelen werden getroffen ?

.....

.....

.....

.....

- Betreft het een acuut traumatisch letsel ? ☐ ja ☐ neen
- Is er een voorgeschiedenis ? ☐ ja ☐ neen
- Kan het letsel te wijten zijn aan of beïnvloed zijn door een progressief proces of predispositie? ☐ ja ☐ neen
- Opmerkingen : .....

6) Verwachte duur van de behandeling .....

7) Is het slachtoffer geheel of gedeeltelijk onbekwaam zijn normale activiteiten uit te oefenen ? ☐ ja ☐ neen

- Geheel gedurende ..... dagen.
- Gedeeltelijk gedurende ..... dagen.

8) Acht U tussenkomst van een specialist of radioloog noodzakelijk ? ☐ ja ☐ neen

- Zo ja, welke ? .....

9) Zal het ongeval een blijvende invaliditeit voor gevolg hebben of mag een volledig herstel verwacht worden ?

.....

A N T E C E D E N T E N

10) Was het slachtoffer vóór het ongeval verminkt of aangetast door gebrek of ziekte ?

.....

11) Blijkt uit de anamnese dat het slachtoffer in het verleden reeds een ongeval heeft gehad of klachten die al dan niet aanleiding hebben gegeven tot behandeling van soortgelijke letsels als deze thans door U vastgesteld ?

.....

Betreft het gebeurlijk een hervallen ? .....

Handtekening en stempel van de geneesheer

Opgemaakt te .....

Op datum van ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐