



ONGEVALAANGIFTE TEN BEHOEVE VAN SPORTVERENIGINGEN

IN UW EIGEN BELANG GELIEVE U DE VRAGEN ZO NAUWKEURIG MOGELIJK TE BEANTWOORDEN

VERZEKERINGNEMER

1. Welk is uw polisnummer ?
2. Betreft het een polis van een Federatie ?
3. Benaming van de Federatie waarbij de Club is aangesloten ?
4. Juiste benaming van uw Club ?
5. Naam en adres van de Secretaris

SLACHTOFFERS

6. Verzekerde a) Naam en voornaam
b) Adres
c) Geboortedatum
d) Beroepsbezigheden
e) Situatie met betrekking tot de R.Z.I.V.
f) Situatie met betrekking op het gewaarborgd inkomen.
g) Naam en adres van de werkgever
h) Letsels
i) Beschikt de verzekerde over een andere verzekering die de medische kosten of de hospitalisatie dekt ?

7. Rechthebbende op de vergoeding
a) Naam en Voornamen
b) Adres
c) Wijze van betaling

8. Tegenpartij a) Naam en Voornamen
b) Adres
c) Is hij(zij) ook verzekerde, lid van de Club ?
d) Zaakschade
e) Letsels



ONGEVALAANGIFTE TEN BEHOEVE VAN SPORTVERENIGINGEN

IN UW EIGEN BELANG GELIEVE U DE VRAGEN ZO NAUWKEURIG MOGELIJK TE BEANTWOORDEN

VERZEKERINGNEMER

1. Welk is uw polisnummer ?
2. Betreft het een polis van een Federatie ?
3. Benaming van de Federatie waarbij de Club is aangesloten ?
4. Juiste benaming van uw Club ?
5. Naam en adres van de Secretaris

SLACHTOFFERS

6. Verzekerde a) Naam en voornaam
b) Adres
c) Geboortedatum
d) Beroepsbezigheden
e) Situatie met betrekking tot de R.Z.I.V.
f) Situatie met betrekking op het gewaarborgd inkomen.
g) Naam en adres van de werkgever
h) Letsels
i) Beschikt de verzekerde over een andere verzekering die de medische kosten of de hospitalisatie dekt ?

7. Rechthebbende op de vergoeding
a) Naam en Voornamen
b) Adres
c) Wijze van betaling

8. Tegenpartij a) Naam en Voornamen
b) Adres
c) Is hij(zij) ook verzekerde, lid van de Club ?
d) Zaakschade
e) Letsels



**MEDISCH ATTEST**

Polis nr .....

in te vullen door de behandelende geneesheer

DOKTER .....	.....
Wonende te .....	.....
Straat/Nr .....	.....
Slachtoffer : Naam - Voornaam .....	.....
Adres .....	.....
Geboortedatum .....	.....
Naam van de Club van het Slachtoffer .....	.....
Datum van het ongeval .....	.....
Datum eerste onderzoek .....	.....
Vastgestelde verwondingen .....	.....
	Gaat het om een <input type="checkbox"/> traumatische of <input type="checkbox"/> microtraumatische pathologie ?
Ongeschiktheid voortspruitend uit de verwondingen .....	VOLLEDIG (1) - Duur : .....
	GEDEELTELIJK : GRAAD DUUR
Vermoedelijke gevolgen .....	.....

Is de betrokkene vroeger reeds het slachtoffer geweest van een sportongeval ? .....

Op welke datum ? .....

Welke waren de toen opgelopen verwondingen ? .....

Betreft het hier gebeurlijk een hervallen ? .....

De gewonde wordt verzorgd .....

De toegepaste behandeling is de volgende : .....

De vóór het ongeval bestaande voorbeschiktheid, ziekten, lichaamsgebreken die de gevolgen van het ongeval abnormaal zouden kunnen verergeren zijn :

De tussenkomst van een geneesheer-specialist lijkt : nuttig — nutteloos te zijn (\*)

De radiografie is : nodig — nuttig (\*)

Ziekenhuisverpleging is : noodzakelijk — niet noodzakelijk (\*)

Er valt te vrezen dat de hierboven aangeduide verwondingen een blijvende ongeschiktheid zullen nalaten, die waarschijnlijk zal bestaan in :

Opmerkingen : .....

Opgemaakt te ..... op .....  
(Handtekening)

(1) De ongeschiktheid is pas dan volledig wanneer het slachtoffer erdoor genoopt wordt elke beroepsbezigheid te staken. In de andere gevallen is zij gedeeltelijk.

(\*) Schrappen wat niet pas.

**MEDISCH ATTEST**

Polis nr .....

in te vullen door de behandelende geneesheer

DOKTER .....	.....
Wonende te .....	.....
Straat/Nr .....	.....
Slachtoffer : Naam - Voornaam .....	.....
Adres .....	.....
Geboortedatum .....	.....
Naam van de Club van het Slachtoffer .....	.....
Datum van het ongeval .....	.....
Datum eerste onderzoek .....	.....
Vastgestelde verwondingen .....	.....
	Gaat het om een <input type="checkbox"/> traumatische of <input type="checkbox"/> microtraumatische pathologie ?
Ongeschiktheid voortspruitend uit de verwondingen .....	VOLLEDIG (1) - Duur : .....
	GEDEELTELIJK : GRAAD DUUR
Vermoedelijke gevolgen .....	.....

Is de betrokkene vroeger reeds het slachtoffer geweest van een sportongeval ? .....

Op welke datum ? .....

Welke waren de toen opgelopen verwondingen ? .....

Betreft het hier gebeurlijk een hervallen ? .....

De gewonde wordt verzorgd .....

De toegepaste behandeling is de volgende : .....

De vóór het ongeval bestaande voorbeschiktheid, ziekten, lichaamsgebreken die de gevolgen van het ongeval abnormaal zouden kunnen verergeren zijn :

De tussenkomst van een geneesheer-specialist lijkt : nuttig — nutteloos te zijn (\*)

De radiografie is : nodig — nuttig (\*)

Ziekenhuisverpleging is : noodzakelijk — niet noodzakelijk (\*)

Er valt te vrezen dat de hierboven aangeduide verwondingen een blijvende ongeschiktheid zullen nalaten, die waarschijnlijk zal bestaan in :

Opmerkingen : .....

Opgemaakt te ..... op .....  
(Handtekening)

(1) De ongeschiktheid is pas dan volledig wanneer het slachtoffer erdoor genoopt wordt elke beroepsbezigheid te staken. In de andere gevallen is zij gedeeltelijk.

(\*) Schrappen wat niet pas.



<b>ATTEST VAN GENEZING OF VAN CONSOLIDATIE</b>		Polis nr. ....
		Schade nr. ....
DOKTER .....	.....	
Wonende te .....	.....	
Straat Nr. ....	.....	
Getroffene : Naam - Voornaam	.....	
Adres .....	.....	
Geboortedatum .....	.....	
Naam van de Club van getroffene	.....	
Datum van het ongeval .....	.....	

<b>ATTEST VAN GENEZING OF VAN CONSOLIDATIE</b>		Polis nr. ....
		Schade nr. ....
DOKTER .....	.....	
Wonende te .....	.....	
Straat Nr. ....	.....	
Getroffene : Naam - Voornaam	.....	
Adres .....	.....	
Geboortedatum .....	.....	
Naam van de Club van getroffene	.....	
Datum van het ongeval .....	.....	

De ondergetekende ....., geneesheer, wonende te ..... verklaar dat voormelde getroffene genezen is van zijn verwondingen en in staat is zijn bezigheden te hervatten op ..... met een blijvende onbekwaamheid - zonder blijvende onbekwaamheid (\*).

De ongeschiktheid was :  
 volledig ..... van ..... tot en met ..... ;  
 gedeeltelijk aan ..... % van ..... tot en met ..... ;  
 gedeeltelijk aan ..... % van ..... tot en met ..... ;  
 gedeeltelijk aan ..... % van ..... tot en met .....

De in het attest van vaststelling bepaalde ongeschiktheid is overschreden; zie hier de reden :  
 .....  
 .....

Er is — Er is geen — blijvende onbekwaamheid . (\*)

De nasleep is : .....

Gedaan te ..... ,op .....  
 (Handtekening)

De ondergetekende ....., geneesheer, wonende te ..... verklaar dat voormelde getroffene genezen is van zijn verwondingen en in staat is zijn bezigheden te hervatten op ..... met een blijvende onbekwaamheid - zonder blijvende onbekwaamheid (\*).

De ongeschiktheid was :  
 volledig ..... van ..... tot en met ..... ;  
 gedeeltelijk aan ..... % van ..... tot en met ..... ;  
 gedeeltelijk aan ..... % van ..... tot en met ..... ;  
 gedeeltelijk aan ..... % van ..... tot en met .....

De in het attest van vaststelling bepaalde ongeschiktheid is overschreden; zie hier de reden :  
 .....  
 .....

Er is — Er is geen — blijvende onbekwaamheid . (\*)

De nasleep is : .....

Gedaan te ..... ,op .....  
 (Handtekening)

(\*) Het onnodige schrappen

**BEHANDELINGSKOSTEN**

De honoraria moeten door de getroffene worden betaald tegen afgifte van de attesten voor gezondheidsverstrekking om tegemoetkoming van het Ziekenfonds te genieten. Opdat wij onze eigen tegemoetkoming kunnen bepalen, gelieve ons een gedetailleerde staat te bezorgen van de verstrekte prestaties met vermelding van de Z.I.V.-nomenclatuur, het aantal en de datum van de prestaties en de respectieve bedragen die zijn betaald. Wij danken u voor uw medewerking.

(\*) Het onnodige schrappen

**BEHANDELINGSKOSTEN**

De honoraria moeten door de getroffene worden betaald tegen afgifte van de attesten voor gezondheidsverstrekking om tegemoetkoming van het Ziekenfonds te genieten. Opdat wij onze eigen tegemoetkoming kunnen bepalen, gelieve ons een gedetailleerde staat te bezorgen van de verstrekte prestaties met vermelding van de Z.I.V.-nomenclatuur, het aantal en de datum van de prestaties en de respectieve bedragen die zijn betaald. Wij danken u voor uw medewerking.



Gewonde : ..... Polis nr. : .....  
 Datum van ongeval : ..... Schade nr. : .....

**ATTEST VAN WERKGEVER**

Netto-uurloon of maandwedde vóór het ongeval : ..... per uur - maand  
 Werkhervatting : Gedeeltelijk op : .....  
 Volledig op : .....

Loonderving door de werknemer :

Nettoloon gedurende de periode van arbeidsongeschiktheid  
 van ..... tot en met .....

Verlies van eindejaarsgratificatie, vakantiegeld, +  
 aanvullend vakantiegeld, of andere verlies .....

Te verminderen met netto-inkomsten zoals :

Gewaarborgd weekloon of maandwedde : ..... - .....  
 Aanvullend gewaarborgd maandloon : ..... - .....  
 Varia : ..... - .....

Totaal nettoloonverlies door de werknemer : .....

Stempel van de werkgever Gedaan te :  
 Op :

**ATTEST VAN HET ZIEKENFONDS**

**I. BETREFFENDE DE LOONDERVING**

Primaire vergoeding ontvangen : van ..... tot ..... ,  
 zijnde ..... dagen tegen ..... = .....

De getroffene is niet door het Ziekenfonds vergoed voor de periode van ..... tot en met .....  
 ten gevolge van : kareuz — verlof — gewaarborgd weekloon — sanctie — niet in orde.

Stempel van het Ziekenfonds Gedaan te :  
 op :

**II. BETREFFENDE DE BEHANDELINGSKOSTEN**

U gelieve een gedetailleerde staat op te maken met volgende vermeldingen :

- Datum prestaties
- Nomenclatuur
- Bedrag betaald door de getroffene
- Bedrag van uw tegemoetkoming
- Oorsprong van de behandelingskosten

Wij danken u in naam van de getroffene voor uw medewerking.

Gewonde : ..... Polis nr. : .....  
 Datum van ongeval : ..... Schade nr. : .....

**ATTEST VAN WERKGEVER**

Netto-uurloon of maandwedde vóór het ongeval : ..... per uur - maand  
 Werkhervatting : Gedeeltelijk op : .....  
 Volledig op : .....

Loonderving door de werknemer :

Nettoloon gedurende de periode van arbeidsongeschiktheid  
 van ..... tot en met .....

Verlies van eindejaarsgratificatie, vakantiegeld, +  
 aanvullend vakantiegeld, of andere verlies .....

Te verminderen met netto-inkomsten zoals :

Gewaarborgd weekloon of maandwedde : ..... - .....  
 Aanvullend gewaarborgd maandloon : ..... - .....  
 Varia : ..... - .....

Totaal nettoloonverlies door de werknemer : .....

Stempel van de werkgever Gedaan te :  
 Op :

**ATTEST VAN HET ZIEKENFONDS**

**I. BETREFFENDE DE LOONDERVING**

Primaire vergoeding ontvangen : van ..... tot ..... ,  
 zijnde ..... dagen tegen ..... = .....

De getroffene is niet door het Ziekenfonds vergoed voor de periode van ..... tot en met .....  
 ten gevolge van : kareuz — verlof — gewaarborgd weekloon — sanctie — niet in orde.

Stempel van het Ziekenfonds Gedaan te :  
 op :

**II. BETREFFENDE DE BEHANDELINGSKOSTEN**

U gelieve een gedetailleerde staat op te maken met volgende vermeldingen :

- Datum prestaties
- Nomenclatuur
- Bedrag betaald door de getroffene
- Bedrag van uw tegemoetkoming
- Oorsprong van de behandelingskosten

Wij danken u in naam van de getroffene voor uw medewerking.