

aangifteformulier

VERZEKERING TEGEN SPORTONGEVALLEN



Ethias - Zetel voor Vlaanderen
Prins-Bisschopssingel 73, 3500 Hasselt
Tel. 011 28 21 11 Fax 011 85 60 00

Dit aangifteformulier dient u op te sturen naar ISB vzw,
AUGUST DE BOECKSTRAAT 1 BUS 3, 9100 SINT-NIKLAAS. Gelieve de
onkostennota's en rekeningen bij te houden tot Ethias u in kennis
heeft gebracht van het dossiernummer.

Dossiernummer / /
(voorbehouden aan Ethias)

Polisnummer 4 5 0 6 0 4 6 2

[A] in te vullen door de aangever

1 IDENTITEIT VAN DE VERZEKERINGSNEMER

VLAAMS INSTITUUT VOOR SPORTBEHEER EN RECREATIEBELEID - ISB VZW
AUGUST DE BOECKSTRAAT 1 BUS 3
9100 SINT-NIKLAAS

Tel. nr. 03 780 91 00 - Fax 03 780 91 09

Juiste benaming van de verzekerde organisator(en)



De Hoogt 20
2360 Oud-Turnhout
014/453737
646-0292791-59
www.sportpromotie.net
info@sportpromotie.net



Beoefende activiteit

Contactpersoon

Naam Loos Voornaam Rudy

Tel. nr. 014453737

2 IDENTITEIT VAN HET SLACHTOFFER

Naam Voornaam

Straat nr. bus

Postcode Gemeente Land

Geboortedatum M V E-mail

Beroep

Bezigheid van het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval speler scheids- of lijnrechter toeschouwer

Andere

Bankrekeningnummer

Indien het slachtoffer minderjarig is, naam en voornaam van de wettige vertegenwoordiger (ouder, voogd)

Beroep

Straat nr. bus

Postcode Gemeente Land

3 GEGEVENS VAN HET ONGEVAL

Datum Dag Uur

Plaats

Tijdens deelname aan een activiteit van de hiervoorvermelde organisator(en)

Juiste plaats

Op weg naar of van de activiteit

Individuele Groepsgewijze verplaatsing

Juiste plaats

Wat was het gebruikte vervoermiddel?

Een enkel formulier per ongeval is voldoende. Een begeleidend schrijven is niet noodzakelijk.

4

BESCHRIJVING VAN HET ONGEVAL (oorzaken, omstandigheden en gevolgen, opgelopen verwondingen en/of schade)
SCHETS (bij te voegen indien het een verkeersongeval betreft)

5

BETROKKENHEID ANDERE PARTIJEN

- Indien bij het ongeval een derde, vreemd aan de verzekerde organisator(en), betrokken is, volledige naam en adres van deze derde

Naam _____ Voornaam _____
Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam

Straat _____ nr. _____ bus _____

Postcode _____ Gemeente _____ Land _____

Verzekeringsmaatschappij van bovenvermelde derde _____

Polisnummer _____

- Is het ongeval te wijten aan een fout van een andere verzekerde? Ja Neen

Zo ja, diens naam en adres _____

Geboortedatum ____ - ____ - ____

- Is het ongeval te wijten aan een gebrek aan de installaties? Ja Neen

Zo ja, nader te bepalen _____

- Werd er een vaststelling gedaan door een verbaliserende autoriteit? Ja Neen

Welke? _____

Eventueel nummer van proces-verbaal _____

6

GETUIGENISSEN

a) Naam en adres van de getuigen van het ongeval _____

b) Zo er geen getuige is, naam en adres van de personen die getuige waren van de toestand en de klachten van de gewonde, onmiddellijk na het ongeval _____

c) Bij ontbreken van getuigen a) en b), wanneer en door wie heeft u kennis gekregen van het ongeval? _____

7

TOEZICHT

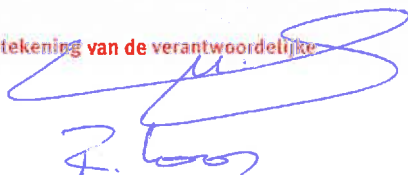
Werd er op het ogenblik van het ongeval toezicht uitgeoefend door een afgevaardigde van de organisator(en)? Ja Neen

Zo ja, naam en functie van de toezichhoudende persoon _____

Opgemaakt te

op

Handtekening van de verantwoordelijke




De Hoogt 20
 2360 Oud-Turnhout
 014/453737
 646-0292791-59
 www.sportpromotie.net
 info@sportpromotie.net

1) Naam van de geneesheer _____ (in drukletters a.u.b.) Voornaam _____
Adres _____

2) Naam van het slachtoffer _____ Voornaam _____
Adres _____

3) Datum van het ongeval _____

4) Datum en uur van het eerste geneeskundig onderzoek _____ uur

5) Verwondingen (de aard der verwondingen en de getroffen lichaamsdelen vermelden) _____

6) Waar wordt het slachtoffer verzorgd? _____

7) Kan het slachtoffer zich verplaatsen? Ja Neen

8) Waarschijnlijke duur van de behandeling _____

9) Waarschijnlijke gevolgen van het ongeval

- volledige tijdelijke arbeidsongeschiktheid _____ dagen, van _____ tot _____
- gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid _____ dagen, van _____ tot _____ tegen _____ %

Voorziet u een volledige genezing? Ja Neen

10) Is u van mening dat de vastgestelde verwonding het gevolg kan zijn van het in rubriek A. 4 vermelde ongeval? Ja Neen

11) Kan er hier sprake zijn van een vroegere toestand (gebrekkigheden, kwalen of ziekten)? Ja Neen
Zo ja, welke? _____

12) a. Werd er overgegaan tot een heilkundige ingreep? Ja Neen
Zo ja, 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 tussenkomst van een specialist? Ja Neen

13) Opmerkingen _____

Opgemaakt te

op

Handtekening

[B] bericht aan de slachtoffers van een lichamelijk ongeval

- 1) U werd slachtoffer van een ongeval waarvoor Ethias optreedt als verzekeraar. Na ontvangst van het aangifteformulier zal Ethias u het nummer van uw dossier meedelen.
- 2) Het verzekeringscontract voorziet in terugbetaling van de behandelingskosten met verwijzing naar het RIZIV-barema tot beloop van het eventuele overschot na tegemoetkoming van het ziekenfonds. Behoudens uitzondering komen slechts de in het ziekte- en invaliditeitsverzekeringbarema voorziene prestaties in aanmerking voor vergoeding.
- 3) In toepassing van de wet moeten de geneesheren en ziekenhuizen aan de patiënten of aan hun ouders om betaling van de gewone verstrekkingen verzoeken en de getuigschriften voor verstrekte hulp, bestemd voor het ziekenfonds, afleveren.
- 4) Op vertoon van de stavingsstukken en van de afrekening van het ziekenfonds vergoedt Ethias haar tegemoetkoming op de door de rechthebbenden gewenste wijze (rekeningnummer).
- 5) Het slachtoffer (of de ouders) hebben vrijheid van keuze van arts of ziekenhuis ongeacht welke dokter of ziekenhuis de eerste verzorging heeft toegediend.

BELANGRIJK

Gelieve hiernavolgende rubriek in te vullen of een kleeftbriefje van uw ziekenfonds aan te brengen en de hiernavolgende verklaring aangaande de medische gegevens te ondertekenen.

Naam van de titularis _____ Voornaam _____

Verzekeringstelling _____

Inschrijvingsnummer _____

Opgelet: de wet van 9 augustus 1963 legt iedereen de verplichting op zich bij een ziekenfonds aan te sluiten. Zo dit voor u echter niet het geval zou zijn, gelieve hierna uw beweegredenen uiteen te zetten

Ethias verzamelt uw persoonsgegevens voor de evaluatie van het risico, het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen, voor het promoten van haar diensten en voor het voeren van getrouwheidsacties. Uw persoonsgegevens kunnen voor commerciële doeleinden doorgegeven worden aan de ondernemingen die deel uitmaken van de Ethias groep. U hebt het recht om uw persoonsgegevens in te kijken, om eventuele correcties te laten aanbrengen en om u gratis te verzetten tegen het gebruik ervan voor commerciële doeleinden. Verzet u zich tegen dit gebruik?

De gezondheidsgegevens zullen verwerkt worden voor de aanvaarding van de risico's **onderschreven bij Ethias, het bepalen van de omvang**

van de waarborgen en het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen. Deze gegevens zullen beheerd worden door de daartoe bij Ethias gemachtigde personen. U kan op ieder ogenblik uw toestemming tot het verwerken van deze gegevens door de hoger vermelde personen intrekken.

Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst of over het beheer van een schadegeval kan worden gericht aan:

- Ethias – Dienst 2000 Prins-Bisschopssingel 73 3500 Hasselt
fax 011 85 61 10 klachtenbeheer@ethias.be
- Ombudsdienst Verzekeringen – de Meeûssquare 35 1000 Brussel
fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as

Opgemaakt te _____

op _____

Ik machtig Ethias mijn gezondheidsgegevens (of die van mijn kind) te verwerken

Handtekening