aangifteformulier **VERZEKERING TEGEN** LICHAMELIJKE ONGEVALLEN EN **BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEID**

Dossiernummer



Terug te sturen naar: Ethias - Zetel voor Vlaanderen Prins-Bisschopssingel 73,3500 Hasselt

Tel. 011 28 21 11 - Fax 011 28 20 20

(voorbehouden aan Ethias)	[A] in te vullen door de aang
1 IDENTITEIT VAN DE VERZEKERINGSNEMER (sportbond, liga, enz.)	p q and a dame
Polisnummer	Tel. nr.
Juiste benaming van de verzekerde club	
Beoefende activiteit	
Naam en adres van de clubverantwoordelijke	
Naam L.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	Voornaam
Straat	unr, un bus un un bus un
Postcode Gemeente Gemeente	
Ref.	Tel. nr.
2 IDENTITEIT VAN HET SLACHTOFFER	
IDENTITETI VAN HET SLACHTOFFER	
Naam Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam	Voornaam
Straat	nr bus
Postcode Gemeente	Land
Geboortedatum M OV	E-mail
Beroep	
Bankrekeningnummer	
Rijksregisternummer	
Bezigheid van het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval	peler scheids- of lijnrechter toeschouw
Andere	
Indien het slachtoffer minderjarig is, naam en voornaam van de wettige verteg	genwoordiger (ouder, voogd)
Beroep	
Straat	nr bus
Postcode Gemeente	
Tostcode I I I I delineente I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	
3 GEGEVENS VAN HET ONGEVAL	
• Datum Dag	Uur
• Plaats	
Tijdens deelname aan een activiteit van de hiervoorvermelde club	
Juiste plaats	
Op weg naar of van de activiteit	
Individuele Groepsgewijze verplaatsing	
Juiste plaats	
Wat was het gebruikte vervoermiddel?	

ETHIAS NV rue des Croisiers 24 4000 Luik www.ethias.be info@ethias.be

	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		
• Ir	ndien bij het ongeval een derde, vreemd aan de verzekerde club, betrokken is, volledige naam en adres van deze derde		
N	Naam Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam		
S	Straat	JS LLL	
Р	Postcode		
V	/erzekeringsmaatschappij van bovenvermelde derde		
	Polisnummer	<u> </u>	O.,
	s het ongeval te wijten aan een fout van een andere verzekerde?	∪ Ja	Neen
2	o ja, diens naam en adres		
G	Geboortedatum		
• 19	s het ongeval te wijten aan een gebrek aan de installaties?	Ja	Neen
Z	o ja, nader te bepalen		
• v	Verd er een vaststelling gedaan door een verbaliserende autoriteit?	Ja	Neen
	Velke?		
E	ventueel nummer van proces-verbaal		
6	GETUIGENISSEN		
	Naam en adres van de getuigen van het ongeval		
	o er geen getuige is, naam en adres van de personen die getuige waren van de toestand en de klachten van de gewonde net ongeval	, onmidde	ellijk na
	Bij ontbreken van getuigen a) en b), wanneer en door wie heeft u kennis gekregen van het ongeval?		
٠, ۵	and the second of the second o		
7	TOEZICHT		
Werd	er op het ogenblik van het ongeval toezicht uitgeoefend door een afgevaardigde van de organiserende		O 15
	vereniging of de verzekerde club?	○ Ja	Neen
zo ja,	, naam en functie van de toezichthoudende persoon		
Opge	maakt te op		
Hand	tekening van de clubverantwoordelijke		

[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 nà tegemoetkoming van het ziekenfonds. Behoudens uitzondering komen slechts de in het ziekte- en invaliditeitsverzekeringsbarema 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 kleefbriefje van uw ziekenfonds aan te brengen en de hiernavolgende verklaring aangaande de medische gegevens te ondertekenen.

Naam van de titularis	United States Control of the Control								
Verzekeringsinstelling									
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

ogemaakt te	on

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

Handtekening

[C] geneeskundig getuigschrift In te vullen door de geneesheer

1)	Naam van de geneesheer				
	Adres				
2)	Naam van het slachtoffer				
	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				
	• gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid	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 heelkundige 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 Control of the Control					