

aangifteformulier
VERZEKERING TEGEN
LICHAMELIJKE ONGEVALLEN

ethias
VERZEKERING

Dossiernummer

(voorbehouden aan Ethias)

Terug te sturen naar: Ethias - Zetel voor Vlaanderen
Prins-Bisschopssingel 73, B-3500 Hasselt
Tel. 011 28 21 11 - Fax 011 28 20 20

[A] in te vullen door de aangever

1 IDENTITEIT VAN DE VERZEKERINGSNEMER (sportbond, liga, enz.)

Polis nr. 45038719

Tel. nr.

Juiste benaming van de verzekerde club

Vlaamse Tafeltennis Liga

Beoefende activiteit

Tafeltennis

Naam en adres van de clubverantwoordelijke

Naam

VAN LEBIRSBERGHÉ

Voornaam

PETER

Straat

BRUGSE HERTEN STRAAT

nr.

25

bus

Postcode

8310

Gemeente

SINT-REUIS

Ref.

0178/940015

Bankrekeningnummer

Peter. de W. Leuniesche of lalomal. de

Tel. nr.

2 IDENTITEIT VAN HET SLACHTOFFER

Naam

Voornaam

Straat

nr.

bus

Postcode

Gemeente

Bezigheid van het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval

M

V

Beroep

schieds- of lijnrechter

toeschouwer

Andere

Rekeningnummer

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

Beroep

3 Datum van het ongeval

Dag

Uur

4 Indien bij het ongeval een derde, vreemd aan de verzekerde club, betrokken is, volledige naam en adres van deze derde

Naam

Voornaam

Straat

nr.

bus

Postcode

Gemeente

5 Verzekeringsmaatschappij van bovenvermelde derde

Polisnummer

6 PLAATS VAN HET ONGEVAL

Tijdens deelname aan een activiteit van de hiervoor vermelde club

Op weg naar of van de activiteit

Juiste plaats

Individuele

groepsgewijze verplaatsing

Juiste plaats

Juiste plaats

Wat was het gebruikte vervoermiddel?

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



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

- 8** **GETUIGENISSEN**
- a) Naam en adres der 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?

9 **TOEZICHT**

Werd er op het ogenblik van het ongeval toezicht uitgeoefend door een afgevaardigde van de organiserende sportvereniging of de verzekerde club?

Zo ja, naam en functie van de toezichhoudende persoon

- 10** Is het ongeval te wijten aan een fout van een andere verzekerde? ja neen
Zo ja, diens naam en adres

Leeftijd

- 11** Is het ongeval te wijten aan een gebrek aan de installaties? ja neen
Zo ja, nader te bepalen

- 12** Werd er een vaststelling gedaan door een verbaliserende autoriteit? ja neen
Welke?

Eventueel nummer van proces-verbaal

- 13** Ondervindt het slachtoffer een arbeidsongeschiktheid? ja neen
Zo ja, vanaf welke datum?

- 14** Naam en adres van de behandelende geneesheer

- 15** Opmerkingen

Opgemaakt te

op

Handtekening 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 aangifformulier 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 in 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 getuigenschappen voor verstreekte hulp, bestemd voor het ziekenfonds, afleveren.
- 4) Op vertoef van de stavingstukken en van de afrekening van het ziekenfonds vergoedt Ethias haar tegemoetkoming op de door de rechthebbenden gewenste wijze (rekeningnummen).
- 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

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

Naam van de titularis _____ Voornaam _____
Verzekeringsinstelling _____
Inschrijfingsnummer _____

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, geleefte hierna uw beweegredenen uitleen 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

Opgemaakt te _____ op _____

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

Handtekening _____

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 2160 Prins-Bisschoppensingel 73 B-3500 Hasselt fax 011 28 26 60 klachten.col@ethias.be
- Ombudsman van de verzekeringen – de Mee splantsoen 35 B-1000 Brussel fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as
- Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen – Congressstraat 10-16 B-1000 Brussel fax 02 220 58 17 cob@coba.be

[C] geneeskundig getuigschrift
In te vullen door de geneesheer

1) Naam van de geneesheer (in driekters a.u.b.) Voornaam

Adres

2) Naam van het slachtoffer Voornaam

Adres

3) Datum van het ongeval uur

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 geneezing? ja neen

10) Is u van mening dat de vastgestelde verwonding het gevolg kan zijn van het in rubriek A. 7 vermelde ongeval? ja neen

11) Kan er hier sprake zijn van een vroegere toestand (gebrekigheden, kwalen of ziekten)? ja neen

Zo ja, welke?

12) a. Werd er overgegaan tot een heekkundige 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) Opmetkingen

.....

Opgemaakt te op

Handtekening