

AANGIFTEFORMULIER "LICHAMELIJKE ONGEVALLLEN"

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. 1.115.754** **KONINKLIJKE BELGISCHE KORFBALBOND vzw**
B.A. 1.115.755



Benaming van uw club : KONINKLIJKE GANDA KORFBALCLUB VZW / KBO 0422-612-865

Naam en adres clubverantwoordelijke : Verstappen Els.

Bouwmeestersstraat 125 - 9040 Sint-Amandsberg

Tel. nr. / GSM 0497/03.58.41

E-mail els.verstappen@gmail.com

INLICHTINGEN OMTRENT HET SLACHTOFFER

Naam

Voornaam

Adres

Geboortedatum / / M V Beroep

Clublid sedert / / Nr. licentie KBKB

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 kleeftbriefje 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
	<i>hetwelk bovendien uitdrukkelijk bevestigt akkoord te gaan met bovenvermelde toestemmingsverklaring</i>

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

Wenst U meer inlichtingen ?

arena@arena-nv.be

www.arena-nv.be

N.V. ARENA - Nervierslaan 85 / Bus 2 - 1040 Brussel

FSMA nr. 10.365 / 0.449.789.592

Tel. 02/512 03 04

Fax 02/512 70 94

