

# aangifteformulier

## VERZEKERING TEGEN LICHAMELIJKE ONGEVALLE

Binnen 8 werkdagen na het ongeval zenden  
naar:  
K.A.V.V.V Secretariaat  
T.a.v. Davy Van Bogaert  
Boomgaardstraat 22 bus 16  
2600 - Berchem

**ethias**  
VERZEKERING

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

Dossiernummer \_\_\_\_\_ (voorbehouden aan Ethias)

[A] in te vullen door de aangever

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

Polis nr. 45042397 Tel. nr. \_\_\_\_\_

Juiste benaming van de verzekerde club \_\_\_\_\_

Beoefende activiteit \_\_\_\_\_

**Naam en adres van de clubverantwoordelijke**

Naam \_\_\_\_\_ Voornaam \_\_\_\_\_

Straat \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bus \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Gemeente \_\_\_\_\_

Ref. \_\_\_\_\_ Bankrekeningnummer \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tel. nr. \_\_\_\_\_

### 2 IDENTITEIT VAN HET SLACHTOFFER

Naam \_\_\_\_\_ Voornaam \_\_\_\_\_

Straat \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bus \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Gemeente \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  M  V Beroep \_\_\_\_\_

Bezigheid van het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval  speler  scheids- 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 hiervoorvermelde club

Juiste plaats \_\_\_\_\_

Op weg naar of van de activiteit

Individuele  groepsgewijze verplaatsing

Juiste plaats \_\_\_\_\_

Wat was het gebruikte vervoermiddel? \_\_\_\_\_



## [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 kleeftbriefje van uw ziekenfonds aan te brengen en de hiernavolgende verklaring aangaande de medische gegevens te ondertekenen.

Naam van de titularis \_\_\_\_\_ Voornaam \_\_\_\_\_

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 2160 Prins-Bisschopssingel 73 B-3500 Hasselt fax 011 28 26 60 klachten.col@ethias.be

• Ombudsman van de verzekeringen – de Meeûsplantsoen 35 B-1000 Brussel fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as

• Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen – Congresstraat 12-14 B-1000 Brussel fax 02 220 58 17 cob@cbfa.be

Opgemaakt te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_

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

**Handtekening**

1) Naam van de geneesheer \_\_\_\_\_ Voornaam \_\_\_\_\_  
(in drukletters a.u.b.)

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. 7 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