arena
YOUR COACH IN SPORTS INSURANCE
Partner of Nationale Suisse

AANGIFTEFORMULIER "LICHAMELIJKE ONGEVALLEN"

Gelieve het formulier over te maken aan : **DANSPUNT VZW – Abrahamstraat 13, 9000 GENT**

INLICHTINGEN OMTRENT UW VERENIGING EN / OF ORGANISATIE

Polisnummer : **L.O. 1.119.493**
B.A. 1.119.494

DANSPUNT vzw

DANSPUNT
STIMULANS VOOR BEWEGING EN DANS

Benaming van uw vereniging .....

Naam en adres verenigingsverantwoordelijke .....

.....

Tel. nr. / GSM ..... E-mail .....

INLICHTINGEN OMTRENT HET SLACHTOFFER

Naam .....

Voornaam .....

Adres .....

.....

Geboortedatum ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ M ☐ V ☐ Beroep .....

Lid sedert ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Nr. Dans.pas .....

U was op het ogenblik van het ongeval : ☐ beoefenaar
☐ toeschouwer ☐ andere : .....

E-mail .....

IBAN NR. ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ BIC NR. ☐☐☐☐☐☐☐☐

INLICHTINGEN OMTRENT HET ONGEVAL

Datum van het ongeval ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Dag ..... Uur .....

Plaats van het ongeval .....

Organiserende vereniging .....

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 ?

☐ Tijdens deelname aan een verzekerde activiteit ☐ Op weg naar of van de verzekerde activiteit

☐ Andere …… Gebruikte vervoermiddel .....

GETUIGENISSEN

Naam en adres van de getuigen van het ongeval :

....

....

....

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 kleefbriefje 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 VERZEKERINGSNEMER	HANDTEKENING SLACHTOFFER
	hetwelk bovendien uitdrukkelijk bevestigt akkoord te gaan met bovenvermelde toestemmingsverklaring

Wij beheren uw dossier voor rekening van de maatschappij : N.V. NATIONALE SUISSE (0124)

Wenst U meer inlichtingen ?

Info@danspunt.be
T +32 92694539 – Geert Buys (kantooruren)
www.danspunt.be
DANSPUNT vzw – Abrahamstraat 13 – 9000 Gent

info

ORGANISATIE : **DANSPUNT vzw** AANGESLOTEN VERENIGING :	NIEUWE AANGIFTE	BESTAAND DOSSIER Dossier nr. : .....

in te vullen door de geneesheer

GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT

1) Naam van de geneesheer .....

Adres .....

Tel. nr. ..... E-mail .....

2) Naam van de gekwetste .....

Adres .....

3) Datum van het ongeval ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

4) Datum en uur waarop U de gekwetste onderzocht ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ om ☐☐ . ☐☐ uur

5) Welke is de aard der opgelopen letsels en welke lichaamsdelen werden getroffen ?

.....

.....

.....

.....

- Betreft het een acuut traumatisch letsel ? ☐ ja ☐ neen
- Is er een voorgeschiedenis ? ☐ ja ☐ neen
- Kan het letsel te wijten zijn aan of beïnvloed zijn door een progressief proces of predispositie? ☐ ja ☐ neen
- Opmerkingen : .....

6) Verwachte duur van de behandeling .....

7) Is het slachtoffer geheel of gedeeltelijk onbekwaam zijn normale activiteiten uit te oefenen ? ☐ ja ☐ neen

- Geheel gedurende ..... dagen.
- Gedeeltelijk gedurende ..... dagen.

8) Acht U tussenkomst van een specialist of radioloog noodzakelijk ? ☐ ja ☐ neen

- Zo ja, welke ? .....

9) Zal het ongeval een blijvende invaliditeit voor gevolg hebben of mag een volledig herstel verwacht worden ?

.....

A N T E C E D E N T E N

10) Was het slachtoffer vóór het ongeval verminkt of aangetast door gebrek of ziekte ?

.....

11) Blijkt uit de anamnese dat het slachtoffer in het verleden reeds een ongeval heeft gehad of klachten die al dan niet aanleiding hebben gegeven tot behandeling van soortgelijke letsels als deze thans door U vastgesteld ?

.....

Betreft het gebeurlijk een hervallen ? .....

Handtekening en stempel van de geneesheer

Opgemaakt te .....

Op datum van ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐