Gelieve het formulier binnen de 21 kalenderdagen na datum van het ongeval, over te maken aan:

K.B.V.B. - DIENST "ONGEVALLEN"
Houba de Strooperlaan 145
1020 BRUSSEL

Wenst u meer inlichtingen?
TEL 02/ 477 12 69
02/ 477 12 63

Aangifte van ongeval

IN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE CORRESPONDENT VAN DE CLUB OF DOOR HET SLACHTOFFER ZELF INDIEN HET EEN SCHEIDSRECHTER IS

Naam en stamnummer van de club (of stamnummer van de corporatieve of toetredende groepering). **(in blokletters)**

.....

Stamnummer :

Naam en voornaam van de gekwetste. **(in blokletters)**

.....

Aansluitingsnr. KBVB

Nr

Zijn/haar geboortedatum . . . . . .
Zijn/haar juist adres . . . . . .

.....

.....

Is de gekwetste gedekt door een privé HOSPITALISATIE verzekering? JA / NEEN
Zo JA, welke maatschappij:

.....

.....

...../ Tel.....

Gelieve een kleefbriefje "ziekenfonds" van de gekwetste aan te brengen a.u.b.

Is hij student, arbeider, bediende, ...?
Wat is zijn/haar beroep ? . . . . . .
Naam en adres van zijn/haar werkgever . . . . . .
Is hij in hoedanigheid van speler onderworpen aan de Sociale Zekerheid? . . . . . .

.....

.....

.....

.....

Datum en uur van het ongeval . . . . . .

...../...../.20..... ..... uur

Zijn/ haar functie (schrappen wat niet past)

Speler/speelster, scheidsrechter, oefenmeester, steward, vrijwilliger of andere: .....

A) Tijdens welke officiële wedstrijd ? . . . . . .

.....

Welke afdeling en reeks ? . . . . . .

.....

B) Tijdens welke vriendschappelijke wedstrijd ? . .

.....

C) Tijdens welke training ? . . . . . .

.....

Op welk speelveld ? . . . . . .

.....

Beschrijving van het ongeval (oorzaken, omstandigheden, gevolgen) . . . . . .

.....

.....

Bij vrijwillige trap of slag, geef de naam en de club van de verantwoordelijke, indien deze door de scheidsrechter werd uitgesloten . . . . . .

.....

Werd er proces-verbaal opgemaakt ? . . . . . .

JA / NEEN

Wie maakte het op ? . . . . . .

.....

Op wiens verzoek (naam en adres) ? . . . . . .

.....

Indien het slachtoffer scheidsrechter - steward is : Reknr. waarop de vergoeding eventueel mag gestort worden

Reknr. .....

(Zie medisch getuigschrift op keerzijde)

"Met het oog op een vlot beheer van mijn schadedossier, en enkel daartoe, geef ik, het slachtoffer van onderhavig ongeval, hierbij mijn toestemming wat betreft de verwerking van medische gegevens die op mij betrekking hebben, zoals beschreven in de "Privacyverklaring" die kan geraadpleegd worden op www.arena-nv.be/PRIVACYVERKLARING.pdf. Conform de AVG heb ik recht op inzage, rechtzetting, portabiliteit, verzet en wissing van mijn gegevens (arena@arena-nv.be)."

Gedaan te .....

Op datum van .....

HANDTEKENING VAN DE GERECHTIGDE CORRESPONDENT VAN DE CLUB

HANDTEKENING SLACHTOFFER of de ouders / WETTELIJKE VOOGD (voor kinderen van minder dan 13 jaar) *die bovendien uitdrukkelijk bevestigt akkoord te gaan met bovenvermelde toestemmingsverklaring*

K.B.V.B. - DIENST "ONGEVALLEN"
Houba de Strooperlaan 145
1020 BRUSSEL

Medisch getuigschrift*

IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELENDE GENEESHEER

1. Naam, voornaam en club van de gekwetste speler .....

.....

1.5 Datum van het ongeval ...../...../20.....

2. Datum van het eerste medisch onderzoek ...../...../20..... ..... uur

3. Wat zijn de aard en de ernst van de kwetsuren of de letsels ? .....

.....

Gaat het om een herval ? JA / NEEN

Gaat het om een voorafgaandelijke toestand ? JA / NEEN

(gebrek, ziekte of was het slachtoffer verminkt ?)

3.5 Acht U het mogelijk dat het vastgestelde letsel het gevolg kan zijn van het op de keerzijde van de aangifte vermelde ongeval ? JA / NEEN

4. Acht U de tussenkomst noodzakelijk van een :

a) kinesitherapeut of fysiotherapeut . . . . . JA / NEEN

Hoeveel zittingen zijn noodzakelijk ? ☐

Indien er later toch meer zittingen nodig blijken, dient de speler of de club ons een kopie van het medisch voorschrift over te maken, VOOR-ALEER de nieuwe reeks aanvangt.

b) specialist . . . . . JA / NEEN

c) radioloog . . . . . JA / NEEN

5. Gevolg van het ongeval
   - Volledig werkonbekwaamheid JA / NEEN gedurende ..... dagen
   - Gedeeltelijke werkonbekwaamheid JA / NEEN gedurende ..... dagen
   - Sportieve onbekwaamheid JA / NEEN gedurende ..... dagen

6. Zal het ongeval een blijvende invaliditeit veroorzaken ? JA / NEEN

7. Mag men een volledig herstel verwachten ? JA / NEEN

8. Hebt U bij uw vaststellingen geen voorbehoud of een bijzondere vaststelling ? Zo ja, welke ? .....

.....

Stempel van de Geneesheer

Afgeleverd te.....de .....20 .....
De Geneesheer,

* **Deze aangifte moet in ons bezit zijn binnen de 21 kalenderdagen na datum van het ongeval.**

(Zie aangifte van ongeval op keerzijde)