

## AANGIFTEFORMULIER “LICHAMELIJKE ONGEVALLLEN”

**VOOR ONGEVALLLEN OVERKOMEN IN HET BUITENLAND MET HOSPITALISATIE OF BIJSTAND :  
GELIEVE DE ALARMCENTRALE TE VERWITTIGEN OP HET NR. +32 3 253 69 16**

### INLICHTINGEN OMTRENT UW CLUB EN / OF UW FEDERATIE

Polisnummer : **L.O. 2.113.636**  
**B.A. 2.113.637**

**SNEEUWSPORT VLAANDEREN vzw**  
**( ex. VSSF )**



Benaming van uw club .....

Naam en adres clubverantwoordelijke .....

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

### INLICHTINGEN OMTRENT HET SLACHTOFFER

Naam .....

Voornaam .....

Adres .....

Geboortedatum   /   /     M  V  Beroep .....

VSSF lidnummer ..... Vervaldag lidkaart   /   /

U was op het ogenblik van het ongeval :  beoefenaar  officieel  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  
 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 .....



*vom Arzt aus zu füllen*

### ÄRZTLICHES ATTEST

1) Name, Vorname und Adresse des Arztes .....

Tel. Nr./GSM ..... E-Mail .....

2) Name, Vorname und Adresse des Verletzten .....

3) Datum des Unfalls    □ □ / □ □ / □ □ □ □

4) Datum und Stunde der ersten Untersuchung   □ □ / □ □ / □ □ □ □                      Um □ □ . □ □ Uhr

5) Diagnose (die Art der Verletzungen und die verletzten Körperteile angeben)  
.....  
.....

- Handelt es sich um eine Verletzung, die auf ein akutes Trauma zurück zu führen ist?         ja     nein
- Gibt es eine Anamnese?     ja     nein
- Kann die Verletzung auf einen schleichenden Prozess oder eine Veranlagung  
zurück zu führen oder hierdurch beeinflusst worden sein?      ja     nein
- Bemerkungen : .....

6) Voraussichtliche Dauer der ärztlichen Behandlung .....

7) Voraussichtliche Folgen des Unfalls:

- Vollständige Arbeitsunfähigkeit ..... Tage, vom □ □ / □ □ bis zum □ □ / □ □ / □ □ □ □
- Teilweise Arbeitsunfähigkeit ..... Tage, vom □ □ / □ □ bis zum □ □ / □ □ / □ □ □ □ zu .....%

8) Wünschen Sie das Eingreifen eines Facharztes oder eines Röntgenologen?     ja     nein  
➢ Falls ja, welcher Art? .....

9) Rechnen Sie mit einer dauernden Arbeitsunfähigkeit oder mit einer vollständigen Genesung?  
.....

### VORGESCHICHTE

10) Glauben Sie, dass die festgestellte Verletzung eine Folge des auf Seite 1 beschriebenen Unfalls ist?  
 ja     nein

11) Besteht ein Zusammenhang mit einem früheren Umstand (Gebrechen, Schmerzen oder Krankheiten) ?  
 ja     nein

Falls ja, welcher ? .....

Ausgestellt in .....

*Unterschrift und Stempel des Arztes*

am □ □ / □ □ / □ □ □ □