

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



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

FEDERATION : SNEEUWSPORT VLAANDEREN vzw CLUB :	NEW CLAIM	EXISTANT CLAIM File number :
--	-----------	---------------------------------------

form for completion by a medical practitioner

MEDICAL CERTIFICATE

1) Name of the attending medical practitioner
 Adress

Phone n° E-mail

2) Name of the claimant
 Adress

3) Date of the accident / /

4) When did you first attend upon the claimant in consequence of the injuries sustained ? (date and hour) / / at . hrs

5) What injuries were sustained ? (regions injured / nature and extent of injuries)

➤ Does it concern an acute traumatic injury ? yes no

➤ Is there an anamnesis ? yes no

➤ Could the injury be traceable to any other cause such as an accumulation of a serie of accidents/traumas or a predisposition ? yes no

➤ Observations :

6) Probable duration of the medical treatment

7) Will the claimant be unable to attend partially or totally to his usual business or occupation ? yes no

➤ Totally during days.

➤ Partially during days.

8) Is there the necessity of a further examination by a specialist or an X-ray examination ? yes no

➤ If so, by whom ?

9) Will the accident cause a permanent disablement of may one expect a full recovery ?

PREVIOUS MEDICAL HISTORY

10) Did the claimant at the time of the accident have any physical defect of infirmity or was he subject to or suffering from any illness of disease irrespective of his injuries ?

11) Are you aware of anything in the claimant's previous medical history which might have contributed directly or indirectly to the occurrence of the accident or which may be likely to retard in any way his recovery from it (p.e. previous accidents or complaints i.r.o. similar injuries as those caused by the accident ?

Could this accident possibly be a recurrence ?

Dated at

Signature and seal of the medical practitioner

On / /