FORMULIER IN TE VULLEN DOOR DE GEBLESSEERDE

Naam: _____

Voornaam: _____

Ben je gedekt door een hospitalisatieverzekering? O ja

O nee

Zo ja bij welke maatschappij: _____

Telefoonnummer verzekeringsmaatschappij: _____

Datum ongeval: _____/_____/_____

Tijdstip ongeval: _____

Type activiteit: O wedstrijd O training

Bij wedstrijd, welke wedstrijd: _____

Beschrijving hoe het ongeval is gebeurd (max 150 karakters):

_____

_____

_____

_____

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

Naam speler: _____

Club speler: _____

Werd er een proces verbaal opgemaakt: O ja O nee

Gelieve dit blad samen met het ongevallenformulier van de voetbalbond zo snel mogelijk te bezorgen bij Stefan Meesters via mail stefan@kavv.club

Gelieve op het ongevallenformulier een klever van de mutualiteiten aan te brengen en dit formulier te ondertekenen. Indien nodig zeker laten vermelden of er kine beurten nodig zijn en hoeveel, indien dit niet aangegeven wordt zullen zij later niet terugbetaald kunnen worden.