



## ONGEVALAANGIFTE TEN BEHOEVE VAN SPORTVERENIGINGEN

IN UW EIGEN BELANG GELIEVE U DE VRAGEN ZO NAUWKEURIG MOGELIJK TE BEANTWOORDEN

### VERZEKERINGNEMER

1. Welk is uw polisnummer ?	_____
2. Betreft het een polis van een Federatie ? Zo ja, welke is de provinciale afdeling ?	_____ _____
3. Benaming van de Federatie waarbij de Club is aangesloten ?	_____
4. Juiste benaming van uw Club ?	_____
5. Naam en adres van de Secretaris	_____ _____

### SLACHTOFFERS

6. Verzekerde a) Naam en voornaam b) Adres  c) Geboortedatum d) Beroepsbezigheden e) Situatie met betrekking tot de R.Z.I.V. (Gelieve met een kruisje aan te duiden)  f) Situatie met betrekking op het gewaarborgd inkomen. (Gelieve met een kruisje aan te duiden). g) Naam en adres van de werkgever  h) Letsels  i) Beschikt de verzekerde over een andere verzekering die de medische kosten of de hospitalisatie dekt ?	_____ _____ _____ _____ _____  <input type="checkbox"/> Verplicht verzekerde of ten laste van een verplicht verzekerde voor alle risico's. <input type="checkbox"/> Als zelfstandige of ten laste van een zelfstandige, enkel verplicht verzekerde voor grote risico's. <input type="checkbox"/> Of tevens voor kleine risico's. <input type="checkbox"/> Verkeert de verzekerde in een andere situatie ? Verklaar : _____  <input type="checkbox"/> Bediende <input type="checkbox"/> Werkman <input type="checkbox"/> Huispersoneel <input type="checkbox"/> Zelfstandige <input type="checkbox"/> Openbare sector  _____ _____ _____  <input type="checkbox"/> JA : bij welke maatschappij ? _____ <input type="checkbox"/> NEE
7. Rechthebbende op de vergoeding a) Naam en voornaam b) Adres c) Wijze van betaling	_____ _____ _____
8. Tegenpartij a) Naam en Voornamen b) Adres  c) Is hij(zij) ook verzekerde, lid van de Club ? d) Zaakschade  e) Letsels	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____







**ATTEST VAN GENEZING  
OF VAN CONSOLIDATIE**

Polis nr.  
Schade nr.

DOKTER Wonende te Straat Nr.	_____
Getroffene : Naam - Voornaam Adres Geboortedatum	_____
Naam van de Club van getroffene	_____
Datum van het ongeval	_____

De ondergetekende \_\_\_\_\_, geneesheer,  
wonende te \_\_\_\_\_ verklaart dat  
voormelde getroffene genezen is van zijn verwondingen en in staat is zijn bezigheden te  
hervatten op \_\_\_\_\_  
met een blijvende onbekwaamheid - zonder blijvende onbekwaamheid (\*).

De ongeschiktheid was :

volledig \_\_\_\_\_ van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_ ;  
gedeeltelijk aan \_\_\_\_\_ % van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_ ;  
gedeeltelijk aan \_\_\_\_\_ % van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_ ;  
gedeeltelijk aan \_\_\_\_\_ % van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_ ;

De in het attest van vaststelling bepaalde ongeschiktheid is overschreden; zie hier de reden :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Er is — Er is geen — blijvende onbekwaamheid . (\*)

De nasleep is : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gedaan te \_\_\_\_\_, op \_\_\_\_\_  
(Handtekening en stempel van de dokter)

(\*) Het onnodige schrappen

**BEHANDELINGSKOSTEN**

De honoraria moeten door de getroffene worden betaald tegen afgifte van de attesten voor gezondheidsverstrekking om tegemoetkoming van het Ziekenfonds te genieten. Opdat wij onze eigen tegemoetkoming kunnen bepalen, gelieve ons een gedetailleerde staat te bezorgen van de verstrekte prestaties met vermelding van de Z.I.V.-nomenclatuur, het aantal en de datum van de prestaties en de respectieve bedragen die zijn betaald. Wij danken u voor uw medewerking.



Gewonde : \_\_\_\_\_

Polis nr. : \_\_\_\_\_

Datum van ongeval : \_\_\_\_\_

Schade nr. : \_\_\_\_\_

### ATTEST VAN WERKGEVER

Netto-uurloon of maandwedde vóór het ongeval : \_\_\_\_\_ per uur - maand

Werkhervatting : Gedeeltelijk op : \_\_\_\_\_

Volledig op : \_\_\_\_\_

Loonderving door de werknemer :

Nettoloon gedurende de periode van arbeidsongeschiktheid

van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_

Verlies van eindejaarsgratificatie, vakantiegeld,

aanvullend vakantiegeld, of ander verlies

+

Te verminderen met netto-inkomsten zoals :

Gewaarborgd weekloon of maandwedde : \_\_\_\_\_

Aanvullend gewaarborgd maandloon : \_\_\_\_\_

Varia : \_\_\_\_\_

Totaal nettoloonverlies door de werknemer : \_\_\_\_\_

Stempel van de werkgever

Gedaan te :

Op :

### ATTEST VAN HET ZIEKENFONDS

#### I. BETREFFENDE DE LOONDERVING

Primaire vergoeding ontvangen : van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_ ,  
zijnde \_\_\_\_\_ dagen tegen \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ .

De getroffen(e) is niet door het Ziekenfonds vergoed voor de periode van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_  
ten gevolge van : karens — verlof — gewaarborgd weekloon — sanctie — niet in orde.

Stempel van het Ziekenfonds

Gedaan te :

op :

#### II. BETREFFENDE DE BEHANDELINGSKOSTEN

U gelieve een gedetailleerde staat op te maken met volgende vermeldingen :

- Datum prestaties
- Nomenclatuur
- Bedrag betaald door de getroffen(e)
- Bedrag van uw tegemoetkoming
- Oorsprong van de behandelingskosten

Wij danken u in naam van de getroffen(e) voor uw medewerking.