AANGIFTE VAN LICHAMELIJK ONGEVAL ALGEMENE INLICHTINGEN

1. ONDERSCHRIJVER

Naam : VLAAMSE ATLETIEKLIGA VZW

Adres : Marathonlaan

Postcode : 1020 Gemeente : BRUSSEL Land : B

2. NAAM VAN DE VERZEKERDE CLUB OF VERZEKERDE INSTELLING

Naam : HAMM

Adres : Baasrodeveerstraat 48

Postcode : 9220 Gemeente : Moerzeke Land : B

**3. INLICHTINGEN IN VERBAND MET HET SLACHTOFFER** ( ) aankruisen aub

Datum van ongeval : Tijd :

OM WELK ONGEVAL GAAT HET

aankruisen wat van toepassing is.

( ) Lichamelijk ( ) Materieel ( ) Lichamelijk en materieel

( ) van een sportbeoefenaar ( ) van een andere verzekerde ( ) van een derde

Dhr. ( ) Mevr. ( ) Mej ( )

Naam: Voornaam: Taal :

Adres + huisnummer:

Postcode: Gemeente: Land :

Geboortedatum : / / Rijksregister :

E-mail:

Rekeningnummer: / /

IBAN : BIC :

Indien het slachtoffer minderjarig is: WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER

Dhr. ( ) Mevr. ( ) Mej ( )

Naam: Voornaam: Taal :

Adres + huisnummer :

Postcode: Gemeente: Land :

Beroep:

E-mail:

Rekeningnummer: / /

IBAN : BIC :

**4. BEZIGHEID VAN HET SLACHTOFFER OP HET OGENBLIK VAN HET ONGEVAL**

( ) Speler/ atleet ( ) Scheidsrechter ( ) Afgevaardigde ( ) Toeschouwer ( ) (Andere)

**5. INLICHTINGEN IN VERBAND MET HET ONGEVAL**

Wanneer heeft het ongeval zich voorgedaan ?

- Tijdens deelname aan activiteit atletiek : ( )

- Op weg naar of van de activiteit atletiek : ( )

Verplaatsing : Individueel ( ) In groep ( )

Gebruikte vervoermiddel :

Beschrijving van het ongeval (oorzaken, omstandigheden, gevolgen en/of veroorzaakte schade) :

**6. IS ER EEN ANDERE VERZEKERDE OF DERDE BETROKKEN BIJ HET ONGEVAL ?**

( ) Andere verzekerde ( ) Derde ( ) Neen

Is deze gekend ? Ja ( ) Neen ( )

Dhr. ( ) Mevr. ( ) Mej. ( )

Naam: Voornaam: Taal :

Naam wett. vertegenw. bij minderjarige :

Adres: Postcode : Gemeente : Land :

Functie: Geboortedatum : / / E-mail:

Is er nog een verzekerde of derde betrokken bij het ongeval ?

( ) Ja ( ) Neen

**7. IS HET ONGEVAL TE WIJTEN AAN EEN GEBREK VAN DE INSTALLATIE ?**

( ) Ja ( ) Neen Indien ja, verklaar :

**8. GETUIGEN**

Dhr. ( ) Mevr. ( ) Mej. ( )

Naam: Voornaam : Taal:

Adres :

Postcode : Gemeente : Land :

Functie :

E-mail :

**9. VERBALISERENDE INSTANTIE**

Werd er een vaststelling gedaan door een verbaliserende instantie ?

( ) Ja ( ) Neen ( ) Onbekend

Indien ja, door wie :

Nummer van het proces-verbaal :

Datum van het proces-verbaal : / /

**10. BIJKOMENDE INLICHTINGEN**

Ondervindt het slachtoffer een arbeidsongeschiktheid ?

( ) Ja ( ) Neen ( ) Onbekend

Werd er voor dit ongeval reeds een medisch attest ingevuld door een arts ?

( ) Ja () Neen

Aard van het letsel :

Plaats van het letsel :

Locatie van het letsel: links ( ) rechts( ) niet van toepassing ( )

Gelieve de document zo volledig mogelijk ingevuld door te sturen naar [hamm@val.be](mailto:hamm@val.be) indien mogelijk met het medisch attest.