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 indien mogelijk met het medisch attest.