



Waterski Vlaanderen VZW
Beatrijslaan 25 bus 2
2050 Antwerpen



ALGEMENE AANWIJZINGEN BIJ ONGEVAL POLIS Nrs. 99503126-129

1. Aangifte binnen de 10 dagen sturen naar: CONCORDIA NV, Stapelplein 28 te Gent (tel 09 264 11 11)
2. De kosten bij geneeskundige verzorging worden als volgt terugbetaald:
 - voor de verzekerden welke de tussenkomst van een ziekenfonds genieten: het verschil tussen de bedragen, het RIZIV voor betreffende zorgen en de tussenkomst van het ziekenfonds (vrijstelling van 25 €).
3. Ongevalverklaring alleen te gebruiken bij ongevallen overkomen gedurende activiteiten WSV.

IDENTITEIT VAN HET SLACHTOFFER

Naam: _____ Voornaam: _____
Beroep: _____ Geboortedatum: _____
Adres: _____ Postcode: _____ Gemeente: _____
Tel: _____ E-mail: _____

INLICHTINGEN BETREFFENDE HET ONGEVAL

Datum: _____ Uur: _____ Plaats: _____
Identiteit van de getuige van het ongeval (naam, adres, telefoon): _____
Welke discipline beoefende u bij dit ongeval: _____
Gebeurde het ongeval tijdens wedstrijd / oefening / recreatie?: _____
Oorzaken en omstandigheden van het ongeval: _____

BIJKOMENDE INLICHTINGEN

| | | |
|---|------|----|
| 1. Bent u lid van WSV? Bij welke club bent u aangesloten?: _____ | NEEN | JA |
| 2. Kant u genieten van een hospitalisatieverzekering op uw naam? | NEEN | JA |
| 3. Nam u deel als niet-lid aan een organisatie van WSV (dagvergunning) | NEEN | JA |
| 4. Nam u deel als niet-lid aan een sportpromotionele activiteit? | NEEN | JA |
| 5. Geniet de gekwetste van de verzekering "Ziekte en invaliditeit". (Ziekenfonds) als verplichte of vrij verzekerde (kleine risico's of alleen grote risico's). Naam en adres van het Ziekenfonds: | | |

Opgemaakt te: _____

Op: _____

Handtekening van het slachtoffer

VERKLARING DOOR DE VERANTWOORDELIJKE VAN DE CLUB

Ik ondergetekende: _____
Handelend in naam van de: _____
In hoedanigheid van: _____
Bevestig dat het ongeval zich heeft voorgedaan tijdens
activiteiten ingericht met instemming van de W.S.V.
Opgemaakt te: _____ Op: _____
Handtekening.

MEDISCH ATTEST (in te vullen door de behandelende geneesheer)

| | |
|---|--|
| Dokter: _____ Adres: _____ | _____ |
| Slachtoffer: naam - voornaam | _____ |
| Datum ongeval: Datum eerste onderzoek: | _____ |
| Vastgestelde verwondingen: | _____ |
| Ongeschiktheid voortvloeiend uit de verwondingen: | VOLLEDIG (1) – DUUR: _____ GEDEELTELIJK: GRAAD: _____ DUUR: _____ _____ _____ |
| Vermoedelijke gevolgen: | _____ |

Is dit letsel toe te schrijven aan hierboven beschreven ongeval: JA / NEEN

Is betrokkene vroeger reeds het slachtoffer geweest van een sportongeval?: _____

Op welke datum?: _____

Welke waren toen de opgelopen verwondingen?: _____

Betreft het hier gebeurlijk een hervallen?: _____

De gewonde wordt verzorgd: _____

De toegepaste behandeling is de volgende: _____

De vóór het ongeval bestaande, ziekte, lichaamsgebreken, die de gevolgen van het ongeval abnormaal zouden kunnen verergeren zijn: _____

De tussenkomst van een geneesheerspecialist schijnt: NUTTIG / NUTTELOOS te zijn (*)

De radiografie is: NODIG / NUTTELOOS (*)

Ziekenhuisverpleging is: NOODZAKELIJK / NIET NOODZAKELIJK (*)

Er valt te vrezen dat de hierboven aangeduide verwondingen een blijvende ongeschiktheid van _____% zullen nalaten.

Opmerkingen: _____

Opgemaakt te: _____ op _____ 20

Handtekening en stempel

De heren dokters worden vriendelijk verzorgd geen enkele vraag onbeantwoord te laten.

(1) De ongeschiktheid is pas dan volledig wanneer het slachtoffer erdoor genoopt wordt elke beroepsbezigheid te staken.
In andere gevallen is hij/zij gedeeltelijk.

(*) Schrappen wat niet past.