

Polisnummer	
<input type="checkbox"/> Leden:	45.236.716
<input type="checkbox"/> Niet-leden:	45.240.869



Deze aangifte binnen de 8 dagen bezorgen aan:

Sporta-federatie vzw

Boomgaardstraat 22 bus 50 - 2600 Berchem

T. 03 361 53 40

verzekeringen@sporta.be - www.sportafederatie.be

Jouw schadegeval wordt geregeld volgens de algemene en bijzondere polisvoorwaarden die van kracht zijn op het ogenblik van het ongeval.

SLACHTOFFER

Naam: Voornaam:
 Straat: Nr: Postcode: Gemeente:
 Geboortedatum:/...../..... Geslacht: M V (Hierboven invullen of klevler mutualiteit)
 Tel werk / privé / gsm: E-mail:
 Enkel voor minderjarigen: naam vader / moeder / voogd:
 Rekeningnummer: BE Lid Sporta-federatie vzw: JA NEEN

CLUB

Clubnaam: Clubnummer: Sporttak:
 Verantwoordelijke verzekeringen (Voornaam + naam:):
 Tel werk / privé / gsm: E-mail:

ONGEVAL

Datum:/...../..... Dag: Uur:

Adres: Straat: Nr: Postcode: Gemeente:
 Juiste plaats / locatie van het ongeval:

Het ongeval gebeurde op een: training wedstrijd andere:
 Tijdens bovenstaande activiteit van bovenvermelde club.
 Op weg van of naar de activiteit van bovenvermelde club.
 VERPLAATSING: Individueel → vervoersmiddel:
 In groep → vervoersmiddel:

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

AANSPRAKELIJKHEID

Eventueel aansprakelijke derde → naam en adres:

 Indien gekend van derde → verzekeringsmaatschappij en polisnummer (BA):

Sporta houdt statistieken van letsels bij in het kader van het decreet Gezond en Ethisch sporten van 20/12/2013. Elke persoon, wiens gegevens worden verwerkt, kan zijn persoonlijke gegevens inkijken, ze laten verbeteren of, indien daar goede redenen voor zijn, ze laten verwijderen. Stuur in dat geval een brief of e-mail met een kopie van zijn identiteitskaart naar bovenvermelde gegevens.

Vink dit aan als de sporter GEEN toestemming geeft dat Sporta zijn of haar gegevens bijhoudt voor die statistieken.

Ik geef hierbij toestemming dat mijn medische gegevens alleen gebruikt worden voor het vlotte beheer van dit dossier. (art. 7, wet van 8 december 1992)

Opgemaakt te: op

Handtekening van het slachtoffer

Dokter (naam en adres of stempel)	Slachtoffer (naam)
Datum ongeval:/...../.....	
Datum van het eerste geneeskundig onderzoek:/...../.....	

TYPE LETSEL **LICHAAMSDE(E)L(EN)**

Om meerdere letsels aan te geven, kan je gebruik maken van een nummering achter de letsels en lichaamsdelen.

<input type="checkbox"/> Spierverrekking <input type="checkbox"/> Peesverrekking <input type="checkbox"/> Spierscheur (ruptuur) <input type="checkbox"/> Peesscheur (ruptuur) <input type="checkbox"/> Kneuzing (contusio) <input type="checkbox"/> Verstuiking ([dis]torsie) <input type="checkbox"/> Breuk <input type="checkbox"/> Ontwrichting (luxatie) <input type="checkbox"/> Brandwonde <input type="checkbox"/> Schaafwonde <input type="checkbox"/> Snijwonde <input type="checkbox"/> Hersenschudding zonder syncope <input type="checkbox"/> Hersenschudding met syncope <input type="checkbox"/> Tandletsel <p style="text-align: center;"><u>Andere/meer:</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;"><u>Hoofd en aangezicht</u></p> <input type="checkbox"/> Hoofd <input type="checkbox"/> Aangezicht <input type="checkbox"/> Ogen L / R <input type="checkbox"/> Oren L / R <input type="checkbox"/> Neus <input type="checkbox"/> Mond <p style="text-align: center;"><u>Nek en romp</u></p> <input type="checkbox"/> Hals/nek L / R <input type="checkbox"/> Borst/buik L / R <input type="checkbox"/> Rug L / R <input type="checkbox"/> Geslachtsdelen L / R <p style="text-align: center;"><u>Bovenste ledematen</u></p> <input type="checkbox"/> Schouder L / R <input type="checkbox"/> Bovenarm L / R <input type="checkbox"/> Elleboog L / R <input type="checkbox"/> Onderarm L / R <input type="checkbox"/> Pols L / R <input type="checkbox"/> Hand L / R <input type="checkbox"/> Vingers L / R	<p style="text-align: center;"><u>Onderste ledematen</u></p> <input type="checkbox"/> Heup L / R <input type="checkbox"/> Lies L / R <input type="checkbox"/> Bovenbeen L / R <input type="checkbox"/> Knie L / R <input type="checkbox"/> Onderbeen L / R <input type="checkbox"/> Enkel L / R <input type="checkbox"/> Hiel L / R <input type="checkbox"/> Voet L / R <input type="checkbox"/> Tenen L / R <p style="text-align: center;"><u>Andere/meer:</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VRAGENLIJST

1) Bent u van mening dat bovenstaande verwondingen het gevolg zijn van het vermelde ongeval? Ja Nee

2) Heeft het slachtoffer in het verleden reeds dezelfde klachten/letsels gehad?

Nee

Ja. Het slachtoffer was niet volledig hersteld (herval).

Ja. Het slachtoffer was volledig hersteld (recidief).

3) Vond er een heelkundige ingreep plaats? Ja Nee

4) Verwachte duur van behandeling:

Nihil 1 tot 2 maanden

1 tot 14 dagen Meer dan 2 maanden

15 tot 30 dagen

5) Voorziet u volledige genezing? Ja Nee Niet te bepalen

6) Wanneer verwacht u dat het slachtoffer zijn/haar sport 100% kan hervatten?

<input type="checkbox"/> Onmiddellijk <input type="checkbox"/> Meer dan 2 maanden <input type="checkbox"/> 1 tot 14 dagen <input type="checkbox"/> Niet te bepalen <input type="checkbox"/> 15 dagen tot 2 maanden	Handtekening arts
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------