

Club: _____
Aansluitingsnummer: _____

VLAAMSE MINIVOETBALFEDERATIE VZW
Xavier De Cocklaan 13 - 9831 Deurle
Tel 09 220.83.82 - Fax 09 220 85 24

ALGEMENE AANWIJZINGEN BIJ ONGEVAL POLIS Nr. 99086911 en 99086912

1. Onmiddellijk onderhavige verklaring sturen aan: CONCORDIA NV, Stapelplein 28 te 9000 GENT (tel 09 264 11 11)
2. De kosten bij geneeskundige verzorging werden als volgt terugbetaald:
- voor de verzekerden welke de tussenkomst van een ziekenfonds genieten: het verschil tussen de bedragen, het RIZIV voor desbetreffende zorgen en de tussenkomst van het ziekenfonds;
3. Ongevalsverklaring alleen te gebruiken bij ongevallen overkomen gedurende activiteiten ingericht met instemming van de VMF.

IDENTITEIT VAN HET SLACHTOFFER

Naam: _____ Voornaam: _____
Beroep: _____ Geboortedatum: _____
Adres: _____ Postcode: _____ Gemeente: _____
Tel: _____

INLICHTINGEN BETREFFENDE HET ONGEVAL

Datum: _____ Uur: _____ Plaats: _____
Identiteit van de getuige van het ongeval (naam, adres, telefoon): _____

Oorzaken en omstandigheden van het ongeval: _____

BIJKOMENDE INLICHTINGEN

1. Geniet het slachtoffer van een "Aanvullende Verzekering" bij tijdelijke arbeidsongeschiktheid? _____ Te onderschrijven vóór 15/08 via de federatie VMF!	1. <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> JA gekozen wachttijd en het bedrag van de dagvergoeding opgeven aub. _____ dagen _____ BEF
2. Bent u lid van de federatie VMF? _____ Nam u deel als niet-lid aan een sportprom. activiteit? _____	2. <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> JA
3. Is het slachtoffer nog bij andere maatschappijen verzekerd? Zo ja, dewelke en voor welke bedragen?	3. <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> JA _____
4. 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:	4. _____ _____ _____

Opgemaakt te _____
op _____

VERKLARING DOOR DE VERANTWOORDELIJKE VAN DE CLUB

Handtekening van het slachtoffer,

Ik ondergetekende _____
handelend in naam van de _____
in hoedanigheid van _____
bevestig dat het ongeval zich heeft voorgedaan tijdens
activiteiten ingericht met instemming van de VMF.

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 de betrokkene vroeger reeds het slachtoffer geweest van een sportongeval? _____

Op welke datum? _____

Welke waren de toen opgelopen verwondingen? _____

Betreft het hier gebeurlijk een hervallen? _____

De gewonde wordt verzorgd _____

De toegepaste behandeling is de volgende: _____

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

De tussenkomst van een geneesheer-specialist 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 zij gedeeltelijk.

(*) Schrappen wat niet past.