

## AANGIFTEFORMULIER "LICHAMELIJKE ONGEVALLLEN"

Gelieve het formulier over te maken aan : WIND & WATERSPORT VLAANDEREN vzw  
ZUIDERLAAN 13 - 9000 GENT

### INLICHTINGEN OMTRENT UW CLUB EN / OF UW FEDERATIE

Polisnummer : **L.O. 1.102.168**  
**B.A. 1.102.169**

**WIND & WATERSPORT**  
**VLAANDEREN vzw**



Benaming van uw club .....

Naam en adres clubverantwoordelijke .....

Tel. nr. / GSM ..... E-mail .....

### INLICHTINGEN OMTRENT HET SLACHTOFFER

Naam .....

Voornaam .....

Adres .....

Geboortedatum  /  /  M  V  Beroep .....

Clublid sedert  /  /  Nr. federale lidkaart .....

U was op het ogenblik van het ongeval :  beoefenaar  officieel  scheidsrechter  
 toeschouwer  andere : .....

IBAN NR.     BIC NR.

Rekeningnummer  -  -  E-mail .....

### INLICHTINGEN OMTRENT HET ONGEVAL

Datum van het ongeval  /  /  Dag ..... Uur .....

Plaats van het ongeval .....

Beschrijving van het ongeval (oorzaken, omstandigheden, gevolgen)

Schets (bij te voegen indien het een verkeersongeval betreft)

**Gelieve m.b.t. de lichamelijke letsels bijgevoegd medisch getuigschrift te laten invullen door uw geneesheer.**

Tijdens welke soort activiteit vond het ongeval plaats ?  Training  Officiële competitiewedstrijd / kamp

Vriendenwedstrijd / kamp  Afzonderlijk onderschreven dekking "Tijdelijke Risico's"  Andere : .....

Tijdens deelname aan een clubactiviteit  Op weg naar of van de clubactiviteit

Tijdens deelname aan een activiteit buiten clubverband Gebruikte vervoermiddel .....



*form for completion by a medical practitioner*

**MEDICAL CERTIFICATE**

1) Name of the attending medical practitioner .....

Adress .....

Phone n° ..... E-mail .....

2) Name of the claimant .....

Adress .....

3) Date of the accident  /  /

4) When did you first attend upon the claimant in consequence of the injuries sustained ? (date and hour)  /  /  at  .  hrs

5) What injuries were sustained ? (regions injured / nature and extent of injuries)

.....

.....

.....

.....

- Does it concern an acute traumatic injury ?  yes  no
- Is there an anamnesis ?  yes  no
- Could the injury be traceable to any other cause such as an accumulation of a serie of accidents/traumas or a predisposition ?  yes  no
- Observations : .....

6) Probable duration of the medical treatment .....

7) Will the claimant be unable to attend partially or totally to his usual business or occupation ?  yes  no

- Totally during ..... days.
- Partially during ..... days.

8) Is there the necessity of a further examination by a specialist or an X-ray examination ?  yes  no

- If so, by whom ? .....

9) Will the accident cause a permanent disablement of may one expect a full recovery ?

.....

**PREVIOUS MEDICAL HISTORY**

10) Did the claimant at the time of the accident have any physical defect of infirmity or was he subject to or suffering from any illness of disease irrespective of his injuries ?

.....

11) Are you aware of anything in the claimant's previous medical history which might have contributed directly or indirectly to the occurrence of the accident or which may be likely to retard in any way his recovery from it (p.e. previous accidents or complaints i.r.o. similar injuries as those caused by the accident ?

.....

.....

Could this accident possibly be a recurrence ? .....

Dated at .....

*Signature and seal of the medical practitioner*

On  /  /