

ONGEVALSVERKLARING VLAAMSE VOLLEYBALBOND VZW

Contract nummer 570.500

Schadedossier nummer:

Aanbevelingen bestemd voor: de clubsekretaris
 het slachtoffer

- Wees klaar en bondig en gelieve te antwoorden met een X in het vakje dat nodig is, of geef nadere bijzonderheden, indien nodig.
- Deze ongevalsverklaring dient DRINGEND verstuurd te worden aan:

VLAAMSE VOLLEYBALBOND VZW
Beneluxlaan 22
1800 Vilvoorde
- Iedere ongevalsaangifte moet om geldig te zijn binnen de vijftien dagen na datum van het ongeval toekomen op hierboven aangeduid adres.

BELANGRIJK

- **Het SLACHTOFFER geniet van de ziekte- en invaliditeitsverzekering!**

1. Honoraria van geneesheren, laboratoria, hospitaal enz., evenals kostennota's van apothekers mogen reeds voldaan worden. Gelieve deze in voorkomend geval aan de mutualiteit over te maken;
2. Bij tussenkomst van de Mutualiteit, gelieve **het document B te laten invullen** en daarna te sturen aan **A.V.I.-GROUP N.V. Molenstraat 85, 9230 Wetteren, tel.: 09 366 06 66, fax: 09 366 02 70, e-mail: avi.group@online.be**
3. Fotokopie bezorgen aan A.V.I.-GROUP van iedere nota die U aan uw mutualiteit moet afgeven.

- **Het SLACHTOFFER geniet NIET van de ziekte- en invaliditeitsverzekering!**

stuur de kosten- en/of honorarianota's rechtstreeks aan A.V.I.-GROUP samen met het aangevuld **document C.**

- **Bij GENEZING**

stuur het **document D**, behoorlijk ingevuld en ondertekend door de geneesheer, naar A.V.I.-GROUP

VOÓR HET HERNEMEN VAN EEN SPORTACTIVITEIT

CONTRACT nummer 570.500

Document B: afrekening van de Mutualiteit

Ongeval van	Slachtoffer	Ref. Verz. Mij.

Ondergetekende Mutualiteit verklaart dat de rechthebbende van ons organisme de volgende tussenkomsten heeft genoten:

Datum van de Staten	Bedrag van de Staten	Code ZIV	Tussenkomst MUT.	Rechthebbende: Naam, Voornamen: Adres:
				Betaalwijze: <input type="checkbox"/> Kas <input type="checkbox"/> Bank of PCR Voor echt verklaard, Op Voor de MUTUALITEIT

P.S. Gelieve fotokopij van de rekeningen bij te voegen a.u.b.

CONTRACT nummer 570.500

Datum ong.	Slachtoffer	Ref. Verz. Mij.

Document C: verzoek tot betaling

- Als rechthebbende van de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, stuur ik u in bijlage document B, behoorlijk ingevuld en ondertekend.
- Daar ik niet kan genieten van de tussenkomst van de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, stuur ik u in bijlage honoraria- en of onkosten - nota('s) betreffende het ongeval.
- Gelieve het bedrag van de vergoeding op mijn rekeningnummer te storten

per cheque.
Gedaan op _____
(handtekening)

CONTRACT nummer 570.500

Datum ong.	Slachtoffer	Ref. Verz. Mij.

Document D: GENEZINGSGETUIGSCHRIFT

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, bevestig dat de genaamde:

genezen is zonder restletsels en dat hij/zij de sportieve activiteit mag hervatten vanaf

Datum _____
(handtekening)

Stempel van de geneesheer

GENEESKUNDIG ATTEST

(DOOR DE GENEESHEER IN TE VULLEN)

1. Naam, voornaam, (DRUKLETTERS a.u.b.) en adres van de geneesheer.
2. Naam, voornaam en adres van het slachtoffer.
3. Datum van het ongeval:
4. Datum en uur van het eerste geneeskundig onderzoek.
5. Letsel (aard van de letsels en getroffen lichaamsdelen aanduiden).
6. Waar werd het slachtoffer verzorgd?
7. Kan het slachtoffer zich verplaatsen?
8. Vermoedelijke duur van de behandeling.
9. Vermoedelijke gevolgen van het ongeval.
 - Tijdelijke gehele arbeidsongeschiktheid _____ dagen, hetzij van _____ tot _____
 - Tijdelijke gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid _____ dagen, hetzij van _____ tot _____ aan _____ %
10. Denkt U dat de vastgestelde letsels veroorzaakt werden door het bovenvermeld ongeval?
11. Zijn er verwickelingen te verwachten tengevolge van een voorafbestaande toestand (gebrekkigheden, kwalen of ziektes)?
12. a) Werd er operatief ingegrepen?
 - Zo ja, welke?
 - In welke instelling en door welke chirurg?b) Werd er een radiografische diagnose gesteld?
 - Door welke radioloog?c) Wenst U de tussenkomst van een specialist?
13. Opmerkingen.

Gedaan te _____, op _____
Handtekening van de geneesheer