

AANGIFTE SPORTONGEVAL

Deze verklaring binnen de **8 werkdagen** bezorgen aan

Je schadegeval wordt geregeld volgens de algemene en bijzondere polisvoorwaarden die van kracht zijn op het ogenblik van het ongeval,
Je kan de polis raadplegen op www.GymFed.be (zie: 'voor de gymnast')
Tel.: 09-243 12 08 (enkel op maandag en donderdag)

Fax: 09-243 12 29

miekehutsebaut@gymfed.be

GymnastiekFederatie Vlaanderen
Online door clubverantwoordelijke http://www leden.gymfed.be/ rubriek leden - ongevallen
of per post t.a.v. Mieke Hutsebaut Zuiderlaan 13 9000 GENT

ONGEVAL	
Datum:	
Uur :	
Plaats:	
PERSOONSgegevens	
Naam en voornaam :	
Lid	ja <input type="checkbox"/> nee : <input type="checkbox"/> medewerker <input type="checkbox"/>
Club:	lidnummer: <input type="text"/> sportpromotionele activiteit <input type="checkbox"/>
Geboortedatum:	
Volledig adres:	
Postnummer en gemeente:	
Rekeningnummer:	
Niveau:	Niet van toepassing <input type="checkbox"/> Recrea <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Discipline:	AGD <input type="checkbox"/> AGH <input type="checkbox"/> ACRO <input type="checkbox"/> DMT <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> TRA <input type="checkbox"/> Dans <input type="checkbox"/> Demo <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Niet van Toepassing <input type="checkbox"/>
GSM ouder/voogd:	
INLICHTINGEN BETREFFENDE HET ONGEVAL	
Naam getuige(n) van het ongeval:	
GSM/email:	
Functie:	
Naam trainer:	
GSM/email:	
Omstandigheden van het ongeval:	<input type="checkbox"/> Opwarming <input type="checkbox"/> Training <input type="checkbox"/> Wedstrijd <input type="checkbox"/> Andere (gym)activiteit, welke? <input type="text"/>
Omschrijving van het ongeval:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
BIJKOMENDE INLICHTINGEN	
Heeft de gekwetste bij Ethias een hospitalisatieverzekering?	<input type="checkbox"/>
Is het slachtoffer nog bij andere maatschappijen verzekerd voor hospitalisatie/persoonlijke verzekering?	<input type="checkbox"/>
Zo ja, welke?	<input type="text"/>

Met het oog op een vlot beheer van het schadedossier en enkel daartoe geef ik hierbij mijn toestemming wat betreft de verwerking van medische gegevens die op mij betrekking hebben (art. 7, wet van 8 december 1992).

Opgemaakt te _____ op _____
Handtekening van het slachtoffer (of ouder/voogd bij minderjarigheid)