



**MEDISCH ATTEST**

Polis nr \_\_\_\_\_

**in te vullen door de behandelende geneesheer**

DOKTER .....	_____
Wonende te .....	_____
Straat/Nr .....	_____
Slachtoffer : Naam - Voornaam	_____
Adres .....	_____
Geboortedatum .....	_____
Naam van de Club van het Slachtoffer	_____
Datum van het ongeval .....	_____
Datum eerste onderzoek .....	_____
Vastgestelde verwondingen .....	_____ _____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
Ongeschiktheid voortspruitend uit de verwondingen .....	VOLEDIG (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 voorbeschiktheid, ziekten, lichaamsgebreken die de gevolgen van het ongeval abnormaal zouden kunnen verergeren zijn :

De tussenkomst van een geneesheer-specialist lijkt : nuttig — nutteloos te zijn (\*)

De radiografie is : nodig — nuttig (\*)

Ziekenhuisverpleging is : noodzakelijk — niet noodzakelijk (\*)

Er valt te vrezen dat de hierboven aangeduide verwondingen een blijvende ongeschiktheid zullen nalaten, die waarschijnlijk zal bestaan in :

Opmerkingen : \_\_\_\_\_

Opgemaakt te \_\_\_\_\_

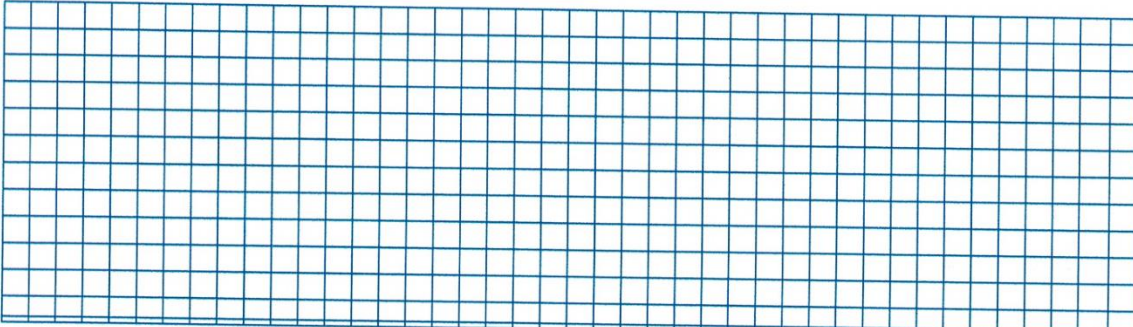
(Handtekening)

op \_\_\_\_\_

(1) De ongeschiktheid is pas dan volledig wanneer het slachtoffer erdoor genoopt wordt elke beroepsbezigheid te staken. In de andere gevallen is zij gedeeltelijk.

(\*) Schrappen wat niet pas.

### INLICHTINGEN NOPENS HET ONGEVAL

9. Datum en uur .....	
10. Plaats .....	
11. Tijdens welke wedstrijd of training ? Preciseer	
12. a) Is een derde verantwoordelijk voor het ongeval ? .....	
b) Zo ja, naam en adres .....	
c) Is deze persoon verzekerd ?	
Zo ja, bij welke maatschappij ? Polisnummer ?	
13. Verbaliserende overheid .....	
14. Getuigen (Naam, voornaam en adres) .....	1. _____
	2. _____
	3. _____
15. Omstandigheden van het ongeval (zo uitvoerig mogelijk).	
16. Schets van de plaats (zo juist mogelijk, a.u.b.).	
	
17. Wie is volgens U aansprakelijk ? .....	
Waarom ? .....	
18. Vindt U het eventueel goed dat wij de tegenpartij	
of de benadeelde persoon vergoeden ? .....	

De meegedeelde gegevens mogen door AXA Belgium worden verwerkt met het oog op de klantenservice, de aanvaarding van risico's, het beheer van contracten en schadegevallen, alsook de betaling van verzekeringsommen. Om een optimale service te verlenen, kunnen deze gegevens worden meegedeeld aan de ondernemingen van de AXA Groep of aan de ondernemingen die ermee in verbinding staan. De betrokken personen verlenen hierbij toestemming voor de verwerking van de gegevens die hun gezondheid betreffen wanneer deze nodig zijn voor de aanvaarding, het beheer en de uitvoering van het contract door de beheerders die optreden in het kader van dit contract. Deze verwerking is vastgesteld in de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Alle informatie zal met de grootste discretie worden behandeld.

De betrokken personen kunnen van deze gegevens kennis krijgen, ze laten verbeteren en zich gratis verzetten tegen de verwerking ervan met het oog op direct marketing. Hiertoe dient een gedateerd en ondertekend verzoek vergezeld van een recto verso kopie van de identiteitskaart aan de klantendienst van de maatschappij te worden gezonden.

Wij zullen, uitsluitend in het kader van de beoordeling van de risico's en het beheer van de contracten en de desbetreffende schadegevallen, in voorkomend geval, aan GIE Datassur relevante persoonsgegevens mogen meedelen. De verzekerde verleent hierbij zijn toestemming voor de mededeling van de gegevens aan Datassur.

Iedereen die zijn identiteit aantoon, heeft het recht op mededeling en, in voorkomend geval, verbetering van de gegevens die op hem betrekking hebben, bij Datassur. Om die recht uit te oefenen, stuurt de betrokkene een gedateerd en ondertekend verzoek vergezeld van een kopie van zijn identiteitskaart naar het volgende adres : Datassur, de Meeûsplansoen 29 te 1000 Brussel

Dit vakje dient te worden aangekruist, indien de betrokken personen niet willen worden ingelicht over direct marketingacties van de maatschappij.

Nadere inlichtingen kunnen bij de klantendienst van de maatschappij worden verkregen.

Wil U, alvorens te dateren en te ondertekenen, nagaan of alle inlichtingen juist en volledig zijn.

Te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_  
De Clubsecretaris,

Dank bij voorbaat.





Gewonde : \_\_\_\_\_ Polis nr. : \_\_\_\_\_  
Datum van ongeval : \_\_\_\_\_ Schade nr. : \_\_\_\_\_

### ATTEST VAN WERKGEVER

Netto-uurloon of maandwedde vóór het ongeval : \_\_\_\_\_ per uur - maand

Werkhervatting : Gedeeltelijk op : \_\_\_\_\_

Volledig op : \_\_\_\_\_

Loonderving door de werknemer :

Nettoloon gedurende de periode van arbeidsongeschiktheid

van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_

Verlies van eindejaarsgratificatie, vakantiegeld, +  
aanvullend vakantiegeld, of andere verlies \_\_\_\_\_

Té verminderen met netto-inkomsten zoals :

Gewaarborgd weekloon of maandwedde : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Aanvullend gewaarborgd maandloon : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Varia : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Totaal nettoloonverlies door de werknemer : \_\_\_\_\_

Stempel van de werkgever

Gedaan te :

Op :

### ATTEST VAN HET ZIEKENFONDS

#### I. BETREFFENDE DE LOONDERVING

Primaire vergoeding ontvangen : van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_,  
zijnde \_\_\_\_\_ dagen tegen \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_.

De getroffen(e) is niet door het Ziekenfonds vergoed voor de periode van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_  
ten gevolge van : krenz — verlof — gewaarborgd weekloon — sanctie — niet in orde.

Stempel van het Ziekenfonds

Gedaan te :

op :

#### II. BETREFFENDE DE BEHANDELINGSKOSTEN

U gelieve een gedetailleerde staat op te maken met volgende vermeldingen :

- Datum prestaties
- Nomenclatuur
- Bedrag betaald door de getroffen(e)
- Bedrag van uw tegemoetkoming
- Oorsprong van de behandelingskosten

Wij danken u in naam van de getroffen(e) voor uw medewerking.

AXA Belgium, NV van verzekeringen toegelaten onder het nr. 0039 om de takken leven en niet-leven te beoefenen  
(KB 04-07-1979, BS 14-07-79) • Maatschappelijke zetel : Vorstlaan 25 - B-1170 Brussel (België)  
Internet : www.axa.be • Tel. : (02) 678 61 11 • Fax : (02) 678 93 40 • Fin. rek. : 702-0224400-41  
BTW BE 404 483 367 • HR Brussel nr. 356.389



ATTEST VAN GENEZING OF VAN CONSOLIDATIE		Polis nr. _____
		Schade nr. _____
DOKTER .....	_____	
Wonende te .....	_____	
Straat Nr. ....	_____	
Getroffene : Naam - Voornaam	_____	
Adres .....	_____	
Geboortedatum .....	_____	
Naam van de Club van getroffene	_____	
Datum van het ongeval .....	_____	

De ondergetekende \_\_\_\_\_, geneesheer, wonende te \_\_\_\_\_ verklaar dat voormelde getroffene genezen is van zijn verwondingen en in staat is zijn bezigheden te hervatten op \_\_\_\_\_ met een blijvende onbekwaamheid - zonder blijvende onbekwaamheid (\*).

De ongeschiktheid was :  
volledig \_\_\_\_\_ van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_ ;  
gedeeltelijk aan \_\_\_\_\_ % van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_ ;  
gedeeltelijk aan \_\_\_\_\_ % van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_ ;  
gedeeltelijk aan \_\_\_\_\_ % van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_ ;

De in het attest van vaststelling bepaalde ongeschiktheid is overschreden; ziehier de reden :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Er is — Er is geen — blijvende onbekwaamheid . (\*)

De nasleep is : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gedaan te \_\_\_\_\_, op \_\_\_\_\_  
(Handtekening)

(\*) Het onnodige schrappen

#### **BEHANDELINGSKOSTEN**

De honoraria moeten door de getroffene worden betaald tegen afgifte van de attesten voor gezondheidsverstrekking om tegemoetkoming van het Ziekenfonds te genieten. Opdat wij onze eigen tegemoetkoming kunnen bepalen, gelieve ons een gedetailleerde staat te bezorgen van de verstrekte prestaties met vermelding van de Z.I.V.-nomenclatuur, het aantal en de datum van de prestaties en de respectieve bedragen die zijn betaald. Wij danken u voor uw medewerking.

AXA Belgium, NV van verzekeringen toegelaten onder het nr. 0039 om de takken leven en niet-leven te beoefenen  
(KB 04-07-1979, BS 14-07-79) • Maatschappelijke zetel : Vorstlaan 25 - B-1170 Brussel (België)  
Internet : www.axa.be • Tel. : (02) 678 61 11 • Fax : (02) 678 93 40 • Fin. rek. : 702-0224400-41  
BTW BE 404 483 367 • HR Brussel nr. 356.389



### ONGEVALAANGIFTE TEN BEHOEVE VAN SPORTVERENIGINGEN

IN UW EIGEN BELANG GELIEVE U DE VRAGEN ZO NAUWKEURIG MOGELIJK TE BEANTWOORDEN

#### VERZEKERINGNEMER

1. Welk is uw polisnummer ? .....	.....
2. Betreft het een polis van een Federatie ? .....	.....
Zo ja, welke is de provinciale afdeling ? .....	.....
3. Benaming van de Federatie waarbij de Club is aangesloten ?	.....
4. Juiste benaming van uw Club ? .....	.....
5. Naam en adres van de Secretaris .....	.....

#### SLACHTOFFERS

6. Verzekerde	a) Naam en voornaam .....	.....
	b) Adres .....	.....
	c) Geboortedatum .....	.....
	d) Beroepsbezigheden .....	.....
	e) Situatie met betrekking tot de R.Z.I.V. (Gelieve met een kruisje aan te duiden)	<input type="checkbox"/> Verplicht verzekerde of ten laste van een verplicht verzekerde voor alle risico's. <input type="checkbox"/> Als zelfstandige of ten laste van een zelfstandige, enkel verplicht verzekerde voor grote risico's. <input type="checkbox"/> Of tevens voor kleine risico's. <input type="checkbox"/> Verkeert de verzekerde in een andere situatie ? Verklaar : .....
	f) Situatie met betrekking op het gewaarborgd inkomen. (Gelieve met een kruisje aan te duiden).	<input type="checkbox"/> Bediende <input type="checkbox"/> Werkman <input type="checkbox"/> Huispersoneel <input type="checkbox"/> Zelfstandige <input type="checkbox"/> Openbare sector
	g) Naam en adres van de werkgever .....	.....
	h) Letsels .....	.....
	i) Beschikt de verzekerde over een andere verzekering die de medische kosten of de hospitalisatie dekt ?	<input type="checkbox"/> JA : bij welke maatschappij ? ..... <input type="checkbox"/> NEE
7. Rechthebbende op de vergoeding	a) Naam en Voornamen .....	.....
	b) Adres .....	.....
	c) Wijze van betaling .....	.....
8. Tegenpartij	a) Naam en Voornamen.....	.....
	b) Adres .....	.....
	c) Is hij(zij) ook verzekerde, lid van de Club ?	.....
	d) Zaakschade .....	.....
	e) Letsels .....	.....

AXA Belgium, NV van verzekeringen toegelaten onder het nr. 0039 om de takken leven en niet-leven te beoefenen  
(KB 04-07-1979, BS 14-07-79) • Maatschappelijke zetel : Vorstlaan 25 - B-1170 Brussel (België)  
Internet : www.axa.be • Tel. : (02) 678 61 11 • Fax : (02) 678 93 40 • Fin. rek. : 702-0224400-41  
BTW BE 404 483 367 • HR Brussel nr. 356.389