



WIELERBOND VLAANDEREN VZW

Strandlaan 3 - 9000 GENT
www.cycling.vlaanderen



AG INSURANCE

BMAV n.v.

AANGIFTE VAN ONGEVAL RENNERS (NIET-BEROEPS)

PERSOONLIJKE VERZEKERING TEGEN LICHAMELIJKE ONGEVALLLEN

Deze aangifte dient, aangevuld met nauwkeurig antwoord op elke gestelde vraag, binnen de 10 dagen na het ongeval overgemaakt te worden aan:



CONCORDIA
Risk Management & Benefits

Naamloze vennootschap
Sassevaartstraat 46/301 – 9000 GENT
Tel: +32 (0)9 264.11.11 – Fax: +32 (0)9 223.81.12

1. Naam en voornaam van de verzekerde wielrenner: _____
Adres: _____
Tel.: _____ E-mail: _____
Geboortedatum: _____ Bankrek.nr.: _____
2. Categorie en vergunningsnummer Cycling Vlaanderen: _____
3. Plaats, datum en uur van het ongeval: _____
4. Gebeurde dit ongeval tijdens een: 0 wedstrijd of 0 training?
Indien wedstrijd, naam en adres inrichter: _____
Indien training, was dit: 0 ten persoonlijke titel, in 0 clubverband of 0 onder leiding van Cycling Vlaanderen?
5. Beknopt relaas van de omstandigheden van het ongeval: _____

6. Werd het ongeval veroorzaakt door de schuld van een tegenpartij? 0 Ja 0 Nee
Indien ja, ook het groene aangifteformulier invullen a.u.b.
7. Welke politieafdeling heeft het proces-verbaal opgesteld? _____
8. Kan de gekwetste genieten van een individuele verzekering of hospiverzekering? 0 Ja 0 Nee
Indien ja, welke? _____ 0 Ten persoonlijke titel 0 via de werkgever
Naam, adres en polisnummer verzekeringsmaatschappij: _____
9. Oefent u een ander beroep uit dan dit van wielrenner? Welk? _____
10. Naam en adres van uw werkgever: _____
11. Naam en adres van uw mutualiteit: _____
12. Bij welke club bent u aangesloten? _____

De gegevens die ons medegedeeld zijn, mogen door onze maatschappij verwerkt worden met het oog op de cliëntenservice, de aanvaarding van risico's, het beheer van contracten en schadegevallen. De ondertekenaar(s) verleent (verlenen) zijn (hun) bijzondere toestemming voor de verwerking van de medische gegevens die op hem (hen) betrekking hebben. De betrokken personen mogen deze gegevens kennen en laten verbeteren. Zij kunnen bijkomende inlichtingen verkrijgen bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer).

Datum:

Voor echt en gelijkvormig verklaard
Handtekening van de gekwetste wielrenner

CYCLING VLAANDEREN

STRANDLAAN 3 . 9000 GENT . T.09 321 90 20
INFO@CYCLING.VLAANDEREN . WWW.CYCLING.VLAANDEREN

GENEESKUNDIG ATTEST

Door de geraadpleegde geneesheer in te vullen

SLACHTOFFER – Naam en adres: _____

Datum van het ongeval: _____ Datum eerste onderzoek: _____

Vastgestelde verwondingen: _____

Voorziene duur van tijdelijke werkonbekwaamheid:

- Volledig _____ van _____ tot en met _____ incl.
- Gedeeltelijk _____% van _____ tot en met _____ incl.

De gewonde wordt verzorgd te: _____

De toegepaste behandeling is de volgende: _____

De tussenkomst van een geneesheer-specialist schijnt: nodig – niet nodig te zijn.

De radiografie is: nodig – nuttig – overbodig.

Ziekenhuisverpleging is: noodzakelijk – niet noodzakelijk.

Het ongeval zal geen / een blijvende werkonbekwaamheid veroorzaken, die waarschijnlijk zal bestaan uit:

Meent u dat de vastgestelde letsels uitsluitend werden opgelopen bij een val op het ogenblik dat het slachtoffer van een rijwiel gebruik maakte?

OPMERKINGEN: voorafbestaande toestand
geneesheer

Stempel, datum en handtekening van de

CYCLING VLAANDEREN

STRANDLAAN 3 . 9000 GENT . T.09 321 90 20
INFO@CYCLING.VLAANDEREN . WWW.CYCLING.VLAANDEREN