

Gelieve het formulier over te maken aan : **N.V. ARENA - TWEEKERKENSTRAAT 14**
B-1000 BRUSSEL

INLICHTINGEN OMTRENT DE VERZEKERINGSNEMER

Polisnummer : **L.O. 1.119.467**
B.A. 1.119.468

FOS - FEDERATIE OPEN SCOUTING vzw



Groepsnaam Groepsnr.

Naam en adres van de leidster(s) van de groep

.....

Tel. nr. / GSM

E-mail

INLICHTINGEN OMTRENT HET SLACHTOFFER

Naam en voornaam

Adres

.....

Geboortedatum / / M V Beroep

Bezigheid van het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval :

E-mail

IBAN NR. BIC NR.

Indien het slachtoffer minderjarig is, naam en voornaam van de wettige vertegenwoordiger (*ouder, voogd*)

.....

Beroep Is er (in de toekomst) loonverlies ten gevolge van het ongeval ? JA NEEN

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 (cfr. pagina 3) te laten invullen door uw geneesheer.

Tijdens welke soort activiteit vond het ongeval plaats ?

Tijdens deelname aan een activiteit

Juiste plaats

.....

.....

Op weg naar of van een activiteit

Individuele groepsgewijze verplaatsing

Juiste plaats

Gebruikte vervoermiddel

Indien bij het ongeval een derde, niet FOS-lid, betrokken is, volledige naam en adres van deze derde

Verzekeringsmaatschappij van hiervoorvermelde derde

Polisnummer

GETUIGENISSEN

1) Naam en adres van de getuige(n) van het ongeval

2) Zo er geen getuige is, naam en adres van de personen die getuige waren van de toestand en de klachten van het slachtoffer, onmiddellijk nà het ongeval

3) Bij ontbreken van 1) en 2), wanneer en door wie heeft u kennis gekregen van het ongeval ?

TOEZICHT

Werd er op het ogenblik van het ongeval toezicht uitgeoefend door een leid(st)er van de groep ? ja neen

Zo ja, naam en functie van de toezichthoudende persoon

Is het ongeval te wijten aan een fout van een ander FOS-lid ? ja neen

Zo ja, diens naam en adres

Leeftijd

Is het ongeval te wijten aan een gebrek aan de installaties ? ja neen

Zo ja, nader te bepalen

Werd er een vaststelling gedaan door een verbaliserende autoriteit ? ja neen

Zo ja, welke ?

Eventueel nummer van proces-verbaal

VERKLARING MEDISCHE GEGEVENS

Gelieve hiernavolgende rubriek in te vullen of een kleeftbriefje van uw ziekenfonds aan te brengen, alsmede de hiernavolgende verklaring inzake de medische gegevens te ondertekenen.

Naam van de titularis Voornaam

Verzekeringsinstelling

Inschrijvingsnummer

“Met het oog op een vlot beheer van het schadedossier, en enkel daartoe, geef ik, het slachtoffer van onderhavig ongeval, hierbij mijn bijzondere toestemming wat betreft de verwerking van medische gegevens die op mijn betrekking hebben.” (artikel 7 van de wet van 08.12.1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer)

Gedaan te Op datum van

HANDTEKENING LEID(ST)ER VAN DE GROEP	HANDTEKENING SLACHTOFFER
	<i>hetwelk bovendien uitdrukkelijk bevestigt akkoord te gaan met bovenvermelde toestemmingsverklaring</i>

Wij beheren uw dossier voor rekening van de maatschappij : N.V. NATIONALE SUISSE (0124)

Wenst U meer inlichtingen ?

arena@arena-nv.be

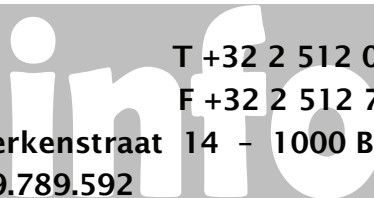
www.arena-nv.be

N.V. ARENA - Twekerkenstraat 14 - 1000 Brussel

FSMA 10.365 / 0449.789.592

T +32 2 512 03 04

F +32 2 512 70 94



in te vullen door de geneesheer

GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT

1) Naam van de geneesheer

Adres

Tel. nr. E-mail

2) Naam van de gekwetste

Adres

3) Datum van het ongeval / /

4) Datum en uur waarop U de gekwetste onderzocht / / om . uur

5) Welke is de aard der opgelopen letsels en welke lichaamsdelen werden getroffen ?

.....

➤ Betreft het een acuut traumatisch letsel ? ja neen

➤ Is er een voorgeschiedenis ? ja neen

➤ Kan het letsel te wijten zijn aan of beïnvloed zijn door een progressief proces of predispositie? ja neen

➤ Opmerkingen :

6) Verwachte duur van de behandeling

7) Is het slachtoffer geheel of gedeeltelijk onbekwaam zijn normale activiteiten uit te oefenen ? ja neen

➤ Geheel gedurende dagen.

➤ Gedeeltelijk gedurende dagen.

8) Acht U tussenkomst van een specialist of radioloog noodzakelijk ? ja neen

➤ Zo ja, welke ?

9) Zal het ongeval een blijvende invaliditeit voor gevolg hebben of mag een volledig herstel verwacht worden ?

ANTECEDENTEN

10) Was het slachtoffer vóór het ongeval verminkt of aangetast door gebrek of ziekte ?

.....

11) Blijkt uit de anamnese dat het slachtoffer in het verleden reeds een ongeval heeft gehad of klachten die al dan niet aanleiding hebben gegeven tot behandeling van soortgelijke letsels als deze thans door U vastgesteld ?

.....

Betreft het gebeurlijk een hervallen ?

Opgemaakt te

Handtekening en stempel van de geneesheer

Op datum van / /

aangifteformulier "BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEID"

Gelieve het formulier over te maken aan : **CORNELIS & PARTNERS – HUNDELGEMSESTEENWEG 147
B-9050 LEDEBERG**

INLICHTINGEN OMTRENT DE VERZEKERINGSNEMER

Polisnummer : **B.A. 1.119.468** **FOS - FEDERATIE OPEN SCOUTING vzw**



Groepsnaam Groepsnr.

Naam en adres van de leidster(s) van de groep

.....

Tel. nr. / GSM

E-mail

IN TE VULLEN DOOR DE PERSOON DIE DE SCHADE VEROORZAAKTE

Naam

Voornaam

Adres

.....

E-mail

U was op het ogenblik van het schadegeval : FOS-lid leid(st)er
 andere :

INLICHTINGEN OMTRENT HET SCHADEGEVAL

Datum van het schadegeval / / Dag Uur

Plaats van het schadegeval

Beschrijving van het schadegeval (*oorzaken, omstandigheden, gevolgen*)

.....

.....

.....

Tijdens welke soort activiteit vond het schadegeval plaats ?

Tijdens deelname aan een FOS-activiteit Op weg naar of van de FOS-activiteit

Acht U zich aansprakelijk voor het schadegeval ? (*onvoorzichtigheid, verzuim, abnormale situatiefaze*) ja neen

Zo ja, verduidelijk

.....

TOEPASSING VAN DE WETTELIJKE BEPALINGEN M.B.T. ART. 45 VAN DE WET VAN 25.06.1992 L.V.O.

Bij welke maatschappij is uw "B.A.-Familiale"-verzekering ondergebracht ?

Polisnummer

Bracht U deze maatschappij reeds op de hoogte van het schadegeval ? ja neen

