

Ongevalsangifte renner

Ongevallenverzekering

Contract Nr.: Verzekeringsnemer:

Vul LUIK 1 en 2 altijd in en vervolledig, dateer en onderteken LUIK 3.
Vul LUIK 4 alleen in en stuur het terug als er een tegenpartij bij het ongeval betrokken was.
LUIK 5 is een medisch attest dat uw arts moet invullen.

U kan de ingevulde documenten en eventuele bijlagen versturen
Via e-mail: federations@ag.be
Met de post: AG Insurance, Emile Jacqmainlaan 53, 1000 Brussel

LUIK 1 – GEGEVENS NIET-PROFESSIONELE RENNER [altijd invullen]: _____

Vergunningsnummer:

Naam: Voornaam:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Telefoon: GSM:

E-mailadres:

Plaats en datum van geboorte: op / /

Bankrekening: op naam van:

Beroep of activiteit:

Rijksregisternummer:

Beroepsstatuut: zelfstandig ander

Duid aan welke verzekeringen u hebt:

Hospitalisatieverzekering: via werkgever individueel ziekenfonds geen

Persoonlijke ongevallenverzekering: via werkgever individueel geen

LUIK 2 – GEGEVENS OVER HET ONGEVAL [altijd invullen]: _____

• Situering en beschrijving van het ongeval

Datum: / / om uur

Juiste plaats van het ongeval:

Het ongeval gebeurde tijdens: training op weg naar werk/school

wedstrijd – naam:

• Zijn er getuigen van het ongeval? JA NEEN

Zo ja, naam, voornaam, adres en telefoonnummer:

.....

.....

LUIK 4 – ONGEVAL MET TEGENPARTIJ

**Vul het onderstaande deel alleen in als er een tegenpartij bij het ongeval betrokken was.
U kan dit document samen met de aangifte terugsturen.**

Hebt u een familiale verzekering? JA NEEN

Zo ja, geef de naam en het adres van de verzekeringsmaatschappij en het polisnummer:

.....

Werd er een proces-verbaal opgemaakt? JA NEEN

Zo ja, identiteit van de verbaliserende overheid?

Opgesteld op / /

PV-nummer:

• Inlichtingen in verband met de tegenpartij(en)

	Benadeelde derde 1	Benadeelde derde 2
Naam:	.....	.....
Voor naam:	.....	.....
Adres:	.....	.....
Postcode:	.....	.....
Plaats:	.....	.....
E-mailadres:	.....	.....
Tel of GSM:	.....	.....
a) Geleden schade:		
Stoffelijke schade [aard en omvang]	<input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> JA
Lichamelijke schade [aard en omvang]	<input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> JA
b) Verzekerings- maatschappij(en)?	..... .....	..... .....
Polisnummer[s]?	.....	.....

LUIK 5 – MEDISCH ATTEST VAN VASTSTELLING

In te vullen door uw arts

Onze referenties/dossiernr.:

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde,

Naam:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Verklaart persoonlijk te hebben ondervraagd en onderzocht:

Naam en voornaam:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Geboren op: / / in:

Naar aanleiding van haar/zijn ongeval op: / /

Gevolgen van het ongeval:

Datum 1e raadpleging in verband met het ongeval: / / Uur:

Beschrijving van de aard van de letsels:

.....

.....

Werd het slachtoffer in het ziekenhuis opgenomen? JA, van / / tot / / NEEN

Zijn de verwondingen het gevolg van een fietsongeval? JA NEEN

De toegepaste behandeling:

.....

.....

Is de tussenkomst van een arts-specialist vereist? JA NEEN

Is een radiografie en/of echografie vereist? JA NEEN

Is er sprake van een voorafbestaande toestand? JA NEEN

Zo ja, verduidelijk:

.....

Voorziena duur van tijdelijke ongeschiktheid :

Van / / t.e.m / / aan % Van / / t.e.m / / aan %

Van / / t.e.m / / aan % Van / / t.e.m / / aan %

Het slachtoffer is: hersteld sinds / / nog in behandeling tot / / (vermoedelijke datum)

en: is of zal genezen zonder blijvende ongeschiktheid is of zal genezen met een blijvende ongeschiktheid van %

Bijkomende inlichtingen:

.....

.....

.....

Opgemaakt te op / /

Handtekening en stempel van de arts:

**Het medisch attest mag teruggestuurd worden met de vermelding
"Ter attentie van de raadsgeneesheer van AG Insurance"**

Via e-mail: federations@ag.be

Met de post: AG Insurance, Emile Jacqmainlaan 53, 1000 Brussel

