

**BELANGRIJKE MEDEDELING VAN HET DEPARTEMENT ONGEVALLEN VAN DE KBVB/ACFF/VFV BIJ HET IN WERKING TREDEN VAN DE NIEUWE WET OP DE PRIVACY**

Als grootste sportbond in België, moeten wij de ganse tijd waken op de zeer precieze en correcte behandeling van de persoonsgegevens van alle deelnemende partijen.

Dit is de reden waarom wij U erop wijzen dat **de nieuwe recto/verso ongevalsangiften** U zullen bezorgd worden in de loop van **de maand september 2018**.

We willen benadrukken dat de **nieuwe aangifte**, aangepast aan de nieuwe privacywet die in werking is getreden op 25 mei 2018, in de toekomst moet **ondertekend worden zowel door de gerechtigde correspondent van de club als door het slachtoffer... of door zijn ouders** indien het slachtoffer jonger is dan 13 jaar. **Deze twee handtekeningen** zijn verplicht, op straffe van weigering van inboeking !

Tenslotte raden wij U dan ook aan om uw oude ongevalsangiften **te vernietigen**.

- \* Voor alle inlichtingen, staat de dienst "Ongevallen" (tel. 02/447.12.69 – 02/447.13.16 – 02/447.12.56) of voor nieuwe bestellingen de dienst "Verzending" (tel. 02/477.12.00 – 02/477.12.68 – 02/477.12.98) van de KBVB ter uwer beschikking.



C. Theus

Insurance Manager

KBVB-URBSFA

**WERKWIJZE INVULLEN DOCUMENTEN**

- ENKEL EEN ORIGINEEL DOCUMENT GEBRUIKEN !!!
- DOCUMENT "ATTEST VOOR VERZEKERING" VAN SPOED AFDELING = OK !!!

**1. INLICHTINGEN SPORTONGEVAL :**

**\*INVULLEN DOOR SPELER**

**2. AANGIFTE VAN ONGEVAL :**

**\*INVULLEN DOOR SECRETARIS**

**\*TEKENEN DOOR SPELER OF OUDER INDIEN SPELER VAN -13 JAAR**

**3. MEDISCH GETUIGSCHRIFT :**

**\*INVULLEN DOOR HUISARTS OF BIJGEVOEGD DOCUMENT VAN SPOED AFDELING**

**GELIEVE ALLE DOCUMENTEN TE BEZORGEN AAN DE SECRETARIS  
DEZE MOETEN TEN LAATSTE 21 KALENDERDAGEN NA HET  
ONGEVAL BIJ DE K.B.V.B. ZIJN TOEGEKOMEN !!!!!!!!!!!!!**



# **K.S.A.V. ST.-DIMPNA v.z.w.**

Stamnr. KBVB 5924

## **INLICHTINGEN SPORTONGEVAL**

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| NAAM:                   | VOORNAAM: |
| STRAAT / NR.:           |           |
| POSTCODE:               | GEMEENTE: |
| GEBORTE DATUM / PLAATS: |           |
| TELEFOONNR. / GSM:      |           |
| REKENINGNR.:            |           |

### **NIET VERGETEN : KLEVERTJE VAN ZIEKENKAS A.U.B. !!!**

|                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BEROEP:                                                                                        |
| WERKGEVER:                                                                                     |
| ADRES WERKGEVER:                                                                               |
| DATUM / UUR ONGEVAL:                                                                           |
| TIJDENS WELKE: OFFICIELE / VRIENDSCHAPPELIJKE WEDSTRIJD of TRAINING<br>SCHRAPPEN WAT NIET PAST |
| WEDSTRIJD:                                                                                     |
| TERREIN:                                                                                       |
| HOE IS HET ONGEVAL GEBEURD?:                                                                   |
| IS DE GEKWETSTE GEDEKT DOOR EEN PRIVÉ-HOSPITALISATIEVERZEKERING?:                              |
| NAAM VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ:                                                                 |
| TELEFOONNR. VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ:                                                          |

**VOLLEDIG EN NAUWKEURIG INVULLEN A.U.B.**  
**EN ZO SNEL MOGELIJK OP DE CLUB OF BIJ DE SECRETARIS**  
**BEZORGEN!!!**





## Medisch getuigschrift

N°:

Datum ongeval:

Club:

Aansluitingsnr:

Naam:

Beschrijving van het ongeval:

### Gedeelte in te vullen door het slachtoffer

Met het oog op een vlot beheer van mijn schadedossier, en enkel daartoe, geef ik, het slachtoffer van onderhavig ongeval, hierbij mijn toestemming wat betreft de verwerking van medische gegevens die op mij betrekking hebben, zoals beschreven in de "Privacyverklaring" die kan geraadpleegd worden op [www.arena-nv.be/PRIVACYVERKLARING.pdf](http://www.arena-nv.be/PRIVACYVERKLARING.pdf). Conform de AVG heb ik recht op inzage, rechtzetting, portabiliteit, verzet en wissing van mijn gegevens ([arena@arena-nv.be](mailto:arena@arena-nv.be)).

Handtekening slachtoffer of de ouders/wettelijke voogd (voor kinderen van minder dan 13 jaar)

Gelieve een kleefbriefje "ziekenfonds" van de gekwetste aan te brengen a.u.b.

### Gedeelte in te vullen door de behandelende geneesheer

1. Datum van het eerste medisch onderzoek ..... / ..... /20.....

2. Wat zijn de aard en de ernst van de kwetsuren of de letsels ?

.....

.....

3. Acht U de tussenkomst noodzakelijk van een kinesitherapeut of fysiotherapeut JA / NEEN  
Hoeveel zittingen zijn noodzakelijk ?

**Indien er later toch meer zittingen nodig blijken, dient de speler of de club ons een kopie van het medische voorschrift over te maken, VOORALEER de nieuwe reeks aanvangt.**

4. Gaat het om een herval? JA / NEEN

5. Gaat het om een voorafgaandelijke toestand ? (gebrek, ziekte of was het slachtoffer verminkt ?) JA / NEEN

6. Acht U het mogelijk dat het vastgestelde letsel het gevolg kan zijn van het vermelde ongeval? JA / NEEN

7. Gevolg van het ongeval:

Volledige werkonbekwaamheid JA / NEEN gedurende ..... dagen

Gedeeltelijke werkonbekwaamheid JA / NEEN gedurende ..... dagen

Sportieve werkonbekwaamheid JA / NEEN gedurende ..... dagen

8. Zal het ongeval een blijvende invaliditeit veroorzaken ? JA / NEEN

9. Mag men een volledig herstel verwachten ? JA / NEEN

10. Hebt U bij uw vaststellingen geen voorbehoud of een bijzondere vaststelling ? Zoja, welke ?

.....

.....

De geneesheer: Afgeleverd te ..... Op ..... / ..... /20.....