

Gelieve het formulier binnen de 21 kalenderdagen na datum van het ongeval, over te maken aan:

VOETBAL VLAANDEREN - DIENST "ONGEVallen"  
Houba de Strooperlaan 145  
1020 BRUSSEL

Wenst u meer inlichtingen?

TEL 02/ 477 12 69

02/ 477 12 63

## Aangifte van ongeval

IN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE CORRESPONDENT VAN DE CLUB OF DOOR HET SLACHTOFFER ZELF INDIEN HET EEN SCHEIDSRECHTER IS

Naam en stamnummer van de club (of stamnummer van de corporatieve of toetredende groepering). **(in blokletters)**

Naam en voornaam van de gekwetste. **(in blokletters)**

### Aansluitingsnr.

Zijn/haar geboortedatum . . . . .  
Zijn/haar juist adres . . . . .

Is de gekwetste gedekt door een privé  
HOSPITALISATIE verzekering? **JA / NEEN**  
Zo JA, welke maatschappij:

.....  
.....  
...../ Tel.....

Is hij student, arbeider, bediende, ...?  
Wat is zijn/haar beroep ? . . . . .  
Naam en adres van zijn/haar werkgever . . . . .  
Is hij in hoedanigheid van speler onderworpen aan de  
Sociale Zekerheid? . . . . .

**Datum en uur van het ongeval** . . . . .

Zijn/ haar functie (schrappen wat niet past)

A) Tijdens welke officiële wedstrijd ? . . . . .  
Welke afdeling en reeks ? . . . . .

B) Tijdens welke vriendschappelijke wedstrijd ? . . . . .  
C) Tijdens welke training ? . . . . .

Op welk speelveld ? . . . . .

Beschrijving van het ongeval (oorzaken, omstandigheden, gevolgen) . . . . .

Bij vrijwillige trap of slag, geef de naam en de club van de verantwoordelijke, indien deze door de scheidsrechter werd uitgesloten . . . . .

Werd er proces-verbaal opgemaakt ? . . . . .

Wie maakte het op ? . . . . .

Op wiens verzoek (naam en adres) ? . . . . .

**Indien het slachtoffer scheidsrechter - steward is:** Reknr.  
waarop de vergoeding eventueel mag gestort worden

Stamnummer :

**Nr**

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

.....  
.....  
.....

...../...../20..... uur

**Speler/spelster, scheidsrechter, oefenmeester, steward,  
vrijwilliger of andere:** .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**JA / NEEN**

.....  
.....  
.....

Reknr. ....

### **(Zie medisch getuigschrift op keerzijde)**

"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))."

Gedaan te .....

HANDEKENING VAN DE GERECHTIGDE CORRESPONDENT VAN DE CLUB

Op datum van .....

HANDEKENING SLACHTOFFER of de ouders / WETTELIJKE VOOGD  
(voor kinderen van minder dan 13 jaar) die bovendien uitdrukkelijk bevestigt  
akkoord te gaan met bovenvermelde toestemmingsverklaring

# **Medisch getuigschrift\***

**IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELENDE GENEESHEER**

- |  |   |                                 |
|--|---|---------------------------------|
| 1. Naam, voornaam en club van de gekwetste speler  | .....<br>.....  |                                 |
| 1.5 Datum van het ongeval  | ...../...../20.....   |                                 |
| 2. Datum van het eerste medisch onderzoek  | ...../...../20..... uur   |                                 |
| 3. Wat zijn de aard en de ernst van de kwetsuren of de letsel(s) ?   | .....<br>.....  |                                 |
| Gaat het om een herval ? JA / NEEN   |   |                                 |
| Gaat het om een voorafgaandelijke toestand ? JA / NEEN   |   |                                 |
| (gebrek, ziekte of was het slachtoffer vermindert ?)   |   |                                 |
| 3.5 Acht U het mogelijk dat het vastgestelde letsel het gevolg kan zijn van het op de keerzijde van de aangifte vermelde ongeval ? | JA / NEEN   |                                 |
| 4. Acht U de tussenkomst noodzakelijk van een :  |   |                                 |
| a) kinesitherapeut of fysiotherapeut . . . . .   | JA / NEEN   |                                 |
| <b>Hoeveel zittingen zijn noodzakelijk ?</b>   | <input type="text"/>  |                                 |
|  | Indien er later toch meer zittingen nodig blijken, dient de speler of de club ons een kopie van het medisch voorschrift over te maken, VOOR-ALEER de nieuwe reeks aanvangt. |                                 |
| b) specialist . . . . .  | JA / NEEN   |                                 |
| c) radioloog . . . . .   | JA / NEEN   |                                 |
| 5. Gevolg van het ongeval  | Volledig werkunbekwaamheid  | JA / NEEN gedurende ..... dagen |
|  | Gedeeltelijke werkunbekwaamheid   | JA / NEEN gedurende ..... dagen |
|  | Sportieve onbekwaamheid   | JA / NEEN gedurende ..... dagen |
| 6. Zal het ongeval een blijvende invaliditeit veroorzaken ?  | JA / NEEN   |                                 |
| 7. Mag men een volledig herstel verwachten ?   | JA / NEEN   |                                 |
| 8. Hebt U bij uw vaststellingen geen voorbehoud  |   |                                 |
|  | of een bijzondere vaststelling ? Zo ja, welke ? .....   |                                 |

Afgeleverd te.....de .....20 .....

## De Geneesheer,

**\* Deze aangifte moet in ons bezit zijn binnen de 21 kalenderdagen na datum van het ongeval.  
(Zie aangifte van ongeval op keerzijde)**

Veuillez transmettre le formulaire, dans les 21 jours calendrier après la date d'accident, à l'adresse ci-dessous :

**U.R.B.S.F.A. - SERVICE "ACCIDENTS"**

Avenue Houba de Strooper 145

1020 BRUXELLES

Souhaitez-vous de plus amples renseignements ?

TEL 02/ 477 12 69

02/ 477 12 63

## Déclaration d'accident

A REMPLIR PAR LE CORRESPONDANT QUALIFIE DU CLUB OU LA VICTIME SI CELLE-CI EST ARBITRE

Nom et n° matricule du club (ou n° matricule du groupement corporatif ou adhérent) . . . . .  
(en caractères majuscules d'imprimerie)

N° Matricule :

Nom et prénoms du (de la) blessé(e)  
(en caractères majuscules d'imprimerie)

.....

.....

N °

Sa date de naissance

.....

Son adresse exacte

.....

Le blessé est-il couvert par une assurance  
"HOSPITALISATION" privée OUI / NON  
Si OUI de quelle compagnie s'agit-il:

.....  
.....  
...../ Tél.....

Veuillez apposer une vignette "mutuelle" du blessé s.v.p.

Est-il étudiant - employé - ouvrier...?

.....

Quelle est sa profession? . . . . .

.....

Nom et adresse de l'employeur . . . . .

.....

Est-il assujetti à la Sécurité Sociale en qualité de joueur?

.....

### Date et heure de l'accident

...../...../20..... heures

Sa fonction (barrer les mentions inutiles)

Joueur(se), arbitre, entraîneur, steward,bénévole  
ou autres : .....

A) Au cours de quel match officiel ?

.....

Quelle division et quelle série ? . . . . .

.....

B) Au cours de quel match amical ? . . . . .

.....

C) Au cours de quel entraînement ? . . . . .

.....

Sur quel terrain ? .....

.....

Description de l'accident (causes, circonstances, suites)

.....

En cas de coup volontaire, citez le nom et le club du responsable, si celui-ci a été exclu par l'arbitre . . . . .

.....

Y a-t-il eu procès-verbal ? . . . . .

.....

Par qui a-t-il été dressé ? . . . . .

.....

A la demande de qui ? (nom et adresse) . . . . .

.....

**Si le blessé est arbitre - steward :** n° Compte auquel l'indemnité peut éventuellement être versée . . . . .

.....

OUI / NON

.....

.....

n° Compte .....

### (Voir l'attestation médicale de constat au verso)

"En vue d'une gestion efficace de mon dossier, et uniquement à cet effet, je donne autorisation au traitement des données médicales me concernant relatives à l'accident dont j'ai été victime, comme décrit dans la "Déclaration de confidentialité" qui peut être consultée sur [www.arena-nv.be/CONFIDENTIALITE.pdf](http://www.arena-nv.be/CONFIDENTIALITE.pdf). Conformément à la loi RGDP, j'ai le droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'opposition et d'effacement de mes données ([arena@arena-nv.be](mailto:arena@arena-nv.be)).

Faite à .....

En date du .....

SIGNATURE DU CORRESPONDANT QUALIFIE DU CLUB

SIGNATURE DE LA VICTIME ou des parents / TUTEUR LEGAL

(pour enfants de moins de 13 ans) qui en outre confirme son accord formel par rapport à la susdite déclaration concernant ses données médicales

**Attestation médicale\***  
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

1. Nom, prénom et club du joueur accidenté .....

.....

1.5 Date de l'accident ..... / ..... /20.....

2. Date du 1<sup>er</sup> examen médical ..... / ..... /20..... heures

3. Quelles sont la nature et la gravité des blessures ou des lésions ? .....

S'agit-il d'une récidive ? OUI / NON

Y-a-t-il concours d'un état antérieur (infirmité, OUI / NON

maladies ou la victime était-elle estropiée ?

3.5 Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident relaté sur la déclaration

d'accident au verso OUI / NON

4. Estimez-vous nécessaire l'intervention d'un :

a) kinésithérapeute ou physiothérapeute ? . . . . . OUI / NON

**Combien de séances sont nécessaires ?**

Si des séances supplémentaires devaient s'avérer nécessaires plus tard, le joueur ou le club doit nous transmettre une copie de la prescription médicale AVANT que chaque nouvelle série débute.

b) spécialiste . . . . . OUI / NON

c) radiologue . . . . . OUI / NON

5. Conséquence de l'accident Incapacité Totale de Travail OUI / NON pendant ..... jours

Incapacité Partielle de Travail OUI / NON pendant ..... jours

Incapacité Sportive OUI / NON pendant ..... jours

6. L'accident provoquera-t-il une invalidité permanente OUI / NON

7. Peut-on espérer le rétablissement complet OUI / NON

8. Vos constatations ne comportent-elles aucune réserve ou constatation spéciale ? Si oui, lesquelles ? .....

Cachet du Médecin

Délivrée à.....le .....20 .....

Le Médecin,

\* Cette déclaration doit nous parvenir dans les 21 jours calendrier après la date de l'accident.  
(Voir déclaration d'accident au verso)