



VOSOG vzw
515.494.031

Verzekeraar : AXA polis nr.

BASISDOCUMENT VOOR SCHADEAANGIFTE

Refertenummer

.....

Na invulling te sturen naar :

Vosog Dienst Verzekeringen
Secretariaat Boom
Antwerpsestraat 170
2850 Boom
info@vosog.be
Tel 03 440 31 00

Luik 1 in ieder geval invullen

Luik 2 als het slachtoffer lid is van Vosog

Luik 3 ingeval van schade aan of door derden veroorzaakt

LUIK 1 ONGEVAL

1.1 Datum en uur van het ongeval : Op kamp/weekend JA/NEE

1.2 Plaats van het ongeval (straat) nr.....
Postnummer : Gemeente :

1.3 Is er P.V. opgemaakt ? JA/NEE

A. Zo JA, nummer P.V. : Datum :

B. Opgemaakt door :

C. Betrokken Vosog lid (leden) (Kern – naam geboortedatum)

.....
.....

D. Is dit lid de veroorzaker van het schadegeval? JA/NEE

E. Omstandigheden (aard, oorzaak van het ongeval)

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

F. Wie is naar uw mening aansprakelijk? (kern – naam adres geboortedatum)

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

G. Waarom ?

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

Handtekening (ouder) van het slachtoffer

Handtekening verantwoordelijke

LUIK 2 IDENTITEIT VAN HET SLACHTOFFER

- A. Naam en Voornaam :
 - B. Straat en nummer :
 - C. Postnummer en Gemeente :
 - D. Tel. :
 - E. Geboortedatum :
 - F. Beroep :
 - Email :
 - G. Stam/kern nummer : Stam/kern naam :
 - H. In geval van lichamelijke schade :
 - 1. Aard van de verwondingen

 - 2. Medisch attest : invullen op rugzijde (zie verso) of volgt later
 - I. Is het slachtoffer aangesloten bij een mutualiteit? JA/NEE
 Mutualiteit :
 - Inschrijvingsnummer :
 - J. Gerechtigde ? O of persoon ten laste : O van :
 - K. Wijze van betaling :
 Rekeningnummer : BE
 Op naam van :
 - L. Verantwoordelijke stam/kern (Naam en voornaam en adres)

- Postnummer en gemeente :
- Tel : GSM
- Email :

A. Identiteit van alle betrokken derden (naam, adres, telefoonnummer, geboortedatum)

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

B. Verzekeringsmaatschappij (en) van alle betrokken derden en polisnummer(s)

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

C. Omschrijving van de schade. Lichamelijke schade O Stoffelijke schade O

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

D. Zijn er getuigen? Nee O Ja O

Naam en voornaam – adres – (straat, nummer, postcode, gemeente)

1.
.....
.....

Tel.: GSM :

Email :

2.
.....
.....

Tel.: GSM :

Email :

3.
.....
.....

Tel.: GSM :

Email :

-
1. Patiënt : naam, voornaam, geboortedatum
Patient : nom, prénom, date de naissance.....
Volledig adres/Adresse complète.....
.....
 2. Stam/kernnummer/Numéro du groupe :
Stam/kernnaam/Nom du groupe.....
 3. Datum van het schadegeval/date du sinistre
 4. Oorzaak/Cause : ongeval of ziekte? Accident ou maladie ?.....
 5. Datum, uur, plaats van de eerste behandeling :
Date, heure, lieu du premier traitement :
 6. Diagnose : soort, aard en ernst van het letsel/aandoening + locatie ervan :
Diagnostic : sorte, nature et gravité des lésions/de l'affection + localisation :
.....
 7. Met welk ander en/of vroeger ongeval of ziekte bestaat er een verband ?
Existe-t-il un rapport avec un autre accident/maladie ou avec un(e) accident/maladie antérieur(e) ?
.....
 8. Betreft het een hervallen ?
S'agit-il d'une récurrence?
 9. Prognose :
 - Volledig herstel / rétablissement complet :
 - Tijdelijke werkongeschiktheid :dagen aan%
 - Incapacité temporaire de travail :jours, à%
 - Blijvende invaliditeit / invalidité permanente :%
 10. Aard van de toegepaste behandeling / Nature du traitement instauré ?
 11. Aard van de voorziene behandeling / Nature du traitement prévu ?
 12. Oordeelt U de tussenkomst nodig van een ander geneesheer (specialist, chirurg, enz...)
Jugez-vous nécessaire l'intervention d'un autre médecin (spécialiste, chirurgien, ect...)
.....
 13. Oordeelt U hospitalisatie nodig ?
Jugez-vous l'hospitalisation nécessaire ?
 14. Aangeraden vervoermiddel om medische redenen :
 - Voor het eerste vervoer :
 - Voor later vervoer :Moyen de transport recommandé pour raison médicale :
 - Pour le premier transport :
 - Pour les transports ultérieurs :

Naam, adres, stempel van de geneesheer :

Nom, adresse, cachet du médecin :

.....

.....

.....

Opgemaakt te / Fait àop / le

Handtekening van de geneesheer

Signature du médecin