



AANGIFTE VAN ONGEVAL RECREANTEN

binnen de 10 dagen terug te sturen naar

federations@concordia.be

of per post (adres zie onderaan)



CONCORDIA
Risk Management & Benefits

A. GEGEVENS RECREANT

Vergunningsnummer	.....
Naam en voornaam	.....
Adres	.....
Postcode / Gemeente	.....
Emailadres	.....
Telefoonnummer	.....
Bankrekeningnummer (IBAN)	.....
Beroepsstatuut	<input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> ander
Plaats, datum, uur ongeval	.....
Tijdens	<input type="checkbox"/> privérit <input type="checkbox"/> clubrit <input type="checkbox"/> op weg naar werk / school <input type="checkbox"/> toertocht Cycling Vlaanderen - naam:

Beschrijving van het ongeval (desgewenst kan u afzonderlijk een schets bijvoegen)

.....

.....

Gelieve aan te duiden over welke verzekeringen u beschikt

Hospitalisatieverzekering via werkgever individueel mutualiteit geen

Persoonlijke ongevallenverzekering via werkgever individueel geen

Is er een tegenpartij betrokken bij het ongeval?* ja nee

*Zo neen, ga direct door naar rubriek C

*Zo ja, gelieve rubrieken B + C in te vullen

“Met het oog op een vlot beheer van het schadedossier, en enkel daartoe, geef ik, het slachtoffer van onderhavig ongeval, mijn bijzondere toestemming wat betreft de verwerking van medische gegevens die op mij betrekking hebben.”

(artikel 7 van de wet van 08/12/92 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer)

Datum:

Handtekening slachtoffer

CONCORDIA nv

Insurance Brokers
Sassevaartstraat 46 / 301
9000 Gent
T +32 9 264 11 11
info@concordia.be

IBAN BE13 3900 1665 3339
BIC BBRUBEBB
BTW BE0427.391.205

www.concordia.be



Onafhankelijk makelaar erkend
door F.S.M.A. onder nr. 22714 A
RPR Brussel 0427.391.205



AANGIFTE VAN ONGEVAL RECREANTEN

binnen de 10 dagen terug te sturen naar

federations@concordia.be

of per post (adres zie onderaan)



B. ONGEVAL MET TEGENPARTIJ

1. FAMILIALE VERZEKERING

Beschikt u zelf over een familiale verzekering?

ja

nee

Verzekeringsgegevens

Maatschappij:

Polisnummer:

Liep de tegenpartij lichamelijke letsels op?

ja

nee

2. GEGEVENS TEGENPARTIJ

Naam en voornaam

Adres

Postcode / Gemeente

Emailadres

Is de aanrijding gebeurd met

een voertuig

een fietser

een voetganger

andere

Verzekeringsgegevens

Maatschappij :

Polisnummer:

3. ANDERE GEGEVENS

Naam van getuigen

Adres

Postcode / Gemeente

Emailadres

PVNUMMER

CONCORDIA nv

Insurance Brokers
Sassevaartstraat 46 / 301
9000 Gent
T +32 9 264 11 11
info@concordia.be

www.concordia.be



IBAN BE13 3900 1665 3339
BIC BBRUBEBB
BTW BE0427.391.205

Onafhankelijk makelaar erkend
door F.S.M.A. onder nr. 22714 A
RPR Brussel 0427.391.205



AANGIFTE VAN ONGEVAL RECREANTEN

binnen de 10 dagen terug te sturen naar

federations@concordia.be

of per post (adres zie onderaan)



CONCORDIA
Risk Management & Benefits

C. MEDISCH ATTEST VAN EERSTE VASTSTELLING

In te vullen door geneesheer

Naam en voornaam patiënt	.....
Adres	.....
Postcode / Gemeente	.....

Datum ongeval	.....
Datum eerste onderzoek	.....

Vastgestelde verwondingen	.....

De verwondingen zijn een gevolg van een fietsongeval ja nee

De toegepaste behandeling is de volgende:

De tussenkomst van een specialist is nodig niet nodig

Radiografie is nodig niet nodig

Is er sprake van een voorafbestaande toestand ja nee

Zo ja, gelieve te verduidelijken:

Voorziene duur van **tijdelijke werkonbekwaamheid**

Volledig van tot

Gedeeltelijk % van tot

% van tot

% van tot

Het ongeval kan een **blijvende werkonbekwaamheid** veroorzaken ja nee

Stempel, datum en handtekening van de geneesheer

CONCORDIA nv

Insurance Brokers
Sassevaartstraat 46 / 301
9000 Gent
T +32 9 264 11 11
info@concordia.be

IBAN BE13 3900 1665 3339
BIC BBRUBEBB
BTW BE0427.391.205

www.concordia.be



Onafhankelijk makelaar erkend
door F.S.M.A. onder nr. 22714 A
RPR Brussel 0427.391.205