



**FORTIS INSURANCE  
BELGIUM NV**

Belgische Maatschappij van  
Algemene Verzekeringen n.v.  
1000 Brussel



**WIELERBOND VLAANDEREN**  
Globelaan 49/2 – 1190 Brussel

**VLAAMSE COMMISSIE VOOR RECREATIEVE SPORTBEOEFENING**

**Aangifte van ongeval**

**Verzekering van “BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEID”  
Tegenover derden en “PERSOONLIJKE ONGEVALLLEN”**

Deze aangifte dient, aangevuld met nauwkeurig antwoord op elke gestelde vraag,  
**Binnen de 10 dagen** na het ongeval overgemaakt te worden aan



**CONCORDIA**

Naamloze Vennootschap

Stapelplein 28 – 9000 GENT  
Tel: (09) 264.11.11 – Fax: (09) 225.71.39

1. Club waar de wielertoerist lid is: \_\_\_\_\_

2a. Naam, voornamen van de wielertoerist: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

2b. Adres van de wielertoerist: \_\_\_\_\_

3a. Beroep van de wielertoerist: \_\_\_\_\_ 3b. Geboortedatum: \_\_\_\_\_ 4. Nummer vergunning WBV: \_\_\_\_\_

5. Ongeval plaats: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Uur: \_\_\_\_\_

6a. Naam, voornamen van de tegenpartij: \_\_\_\_\_

6b. Adres van de tegenpartij: \_\_\_\_\_

7. Is de tegenpartij verzekerd ? Door welke maatschappij ? Welk polisnummer ? \_\_\_\_\_

8. Is de aanrijding gebeurd met een fietser, een voertuig (welk) of een voetganger ? \_\_\_\_\_

9a. Is het ongeval gebeurd gedurende een uitstap, het privéleven, op weg naar het werk of school ? \_\_\_\_\_

9b. Indien het ongeval tijdens een uitstap gebeurde, welke ?  wielertoeristische allure:  in groep  privaat

Audaxorganisatie  geleide organisatie  permanente organisatie

9c. Geef de officiële benaming van de organisatie: \_\_\_\_\_

10. Schade door het ongeval veroorzaakt:

a. aan verzekerde: stoffelijke: \_\_\_\_\_ b. aan derden: stoffelijke: \_\_\_\_\_

lichamelijke: \_\_\_\_\_ lichamelijke: \_\_\_\_\_

11. Naam en adres van de getuigen: \_\_\_\_\_

12. Welke politie-afdeling heeft proces-verbaal opgesteld ? \_\_\_\_\_

13. Bent u aangesloten bij een mutualiteit ? Voor alle risico's of enkel voor de grote ? \_\_\_\_\_

14. Kan gekwetste genieten van een individuele of hospiverzekering? \_\_\_\_\_

Ten persoonlijke titel of via werkgever? \_\_\_\_\_

Indien ja, naam en adres van de verzekeringsmaatschappij \_\_\_\_\_

15. Schets en omstandigheden van het ongeval. Indien nodig, een gedetailleerde schets op een afzonderlijk blad.

16. Wie is verantwoordelijk? \_\_\_\_\_

17. Kan u genieten van een familiale verzekering. Zo ja, bij welke maatschappij en onder welk polisnummer? \_\_\_\_\_

De ondergetekende bevestigt dat deze verklaring getrouw en nauwkeurig is.

De gegevens die ons medegedeeld zijn, mogen door onze maatschappij verwerkt worden met het oog op de cliëntenservice, de aanvaarding van risico's, het beheer van contracten en schadegevallen. De ondertekenaars(s) verleent (verlenen) zijn (hun) bijzondere toestemming voor de verwerking van de medische gegevens die op hem (hen) betrekking hebben. De betrokken personen mogen deze gegevens kennen en laten verbeteren.

Zij kunnen bijkomende inlichtingen verkrijgen bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer).

Gedaan te \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Handtekening van de betrokken wielertoerist**

### GENEESKUNDIG ATTEST

Door de geraadpleegde geneesheer in te vullen

1. Naam, voornamen van het slachtoffer: \_\_\_\_\_

2. Adres van het slachtoffer: \_\_\_\_\_

3. Datum ongeval: \_\_\_\_\_ 4. Datum eerste onderzoek: \_\_\_\_\_

5. Vastgestelde verwondingen: \_\_\_\_\_

Voorziene duur van de tijdelijke werkonbekwaamheid:

- Volledig van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_ incl.
- Gedeeltelijk aan \_\_\_\_\_% van \_\_\_\_\_ tot en met \_\_\_\_\_ incl.

6. De gewonde wordt verzorgd te: \_\_\_\_\_

7. De toegepaste behandeling is de volgende: \_\_\_\_\_

8. De tussenkomst van een geneesheer-specialist schijnt: nodig – niet nodig te zijn.

9. De radiografie is: nodig – nuttig – overbodig.

10. Ziekenhuisverpleging is: noodzakelijk – niet noodzakelijk

11. Het ongeval zal geen / een blijvende werkonbekwaamheid veroorzaken, die waarschijnlijk zal bestaan uit: \_\_\_\_\_

12. OPMERKINGEN: voorafbestaande toestand

Stempel, datum en handtekening van de geneesheer

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_