

# Ongevalseverklaring

Verstuur dit formulier (ondertekend door de verantwoordelijke groepsleid(st)er), samen met een ingevuld geneeskundig getuigschrift naar De Sjelter (binnen de 4 weken na het ongeval). De uitgavenstaat is voor het slachtoffer om de medische kosten door te geven via het ziekenfonds van het slachtoffer.

\* 1e blad: ongevalsverklaring - in te vullen door de verantwoordelijke groepsleid(st)er

\* 2e blad: geneeskundig getuigschrift - in te vullen door arts/geneesheer

\* 3e blad: uitgavenstaat - voorbehouden aan de schadelijder (na bezoek mutualiteit osoturen)

Vzw De Sjelter  
Vooruitgangstraat 225

02/201 15 10 | [desjelter@ksa.be](mailto:desjelter@ksa.be) | [www.ksa.be/oud-leiding](http://www.ksa.be/oud-leiding)

DRUKLETTERS A.U.B.

Groep: Groepsnummer: Naam slachtoffer (of kleeftbriefje ziekenfonds):	Voorbehouden aan de verzekeringsmaatschappij Referte De Sjelter: Ontvangen op: Referte IC: Polisnummer:
---	---

ongeval	Datum ongeval: ...../...../ 20.....	uur ongeval:
	Plaats ongeval: <input type="checkbox"/> op locatie <input type="checkbox"/> op kamp/weekend <input type="checkbox"/> onderweg van/naar huis en lokaal	
	Adres plaats ongeval	

slachtoffer	Naam en voornaam slachtoffer	
	Verzekerd via: <input type="checkbox"/> digit <input type="checkbox"/> één-dag-polis	
	Geboortedatum slachtoffer: ...../...../.....	GSM-nummer:
	Adres slachtoffer:	
	Indien slachtoffer minderjarig is, naam ouders/voogd	
	Indien adres ouders/voogd anders is dan slachtoffer:	
	Email:	bankrekeningnummer
Werkt het slachtoffer: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		

omstandigheden	<p>Oorzaak en omstandigheden van het ongeval (wees bondig en correct)</p> <p>Omschrijving opgelopen letsel of schade of eventuele verwickelingen</p> <p>tandletsel: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee                      brilschade: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>Werd het ongeval veroorzaakt door een derde: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>    zo ja, was de derde een ingeschreven lid bij De Sjelter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>    naam +voornaam derde:</p> <p>    adres derde:</p> <p>    GSM-nummer derde:</p> <p>    Gegevens familiale verzekering derde + polisnummer:</p> <p>Gebeurde er een vaststelling door de politie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>    Zo ja, nummer proces verbaal of verhoorblad</p>
----------------	--

Opgemaakt te ..... op .... / ..... / 20....

handtekening van de  
groepsleider