

**te zenden aan:** L.D.B. vzw  
Rozenstraat 28  
3500 Hasselt      Tel. 011/87.04.11  
Fax:011/87.04.88

**te zenden aan:** L.D.B. vzw  
Rozenstraat 28  
3500 Hasselt      Tel. 011/87.04.11  
Fax:011/87.04.88

Polisnummer: **20/63.107.823**

Stamnummer: \_\_\_\_\_

Naam en adres van de groepering: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Naam van het slachtoffer: *(in hoofdletters a.u.b.)*

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Voornaam van de vader: *(bij ontstentenis, naam en voornaam van de moeder of van de voogd)*

Volledig adres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Financiële rekening: \_\_\_\_\_

Mutualiteit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(eventueel zelfklever aanbrengen)*

Plaats, datum en uur van het ongeval: \_\_\_\_\_

Op welk uur beginnen/eindigen de activiteiten: \_\_\_\_\_

Hoe is het ongeval gebeurd ? *(omstandige beschrijving)*

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

Denkt U dat uw aansprakelijkheid als leiding kan ingeroepen worden ? Waarom ?

Is een derde aansprakelijk voor het ongeval ? Waarom ? Wie is deze persoon ?

Werd er een proces-verbaal opgemaakt ?

Nr. van PV: \_\_\_\_\_

Gedaan te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_  
*(Handtekening van de leiding)*

Polisnummer: **20/63.107.823**

Stamnummer: \_\_\_\_\_

Afgeleverd door Dokter: \_\_\_\_\_  
wonende te: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Naam van het slachtoffer: *(in hoofdletters a.u.b.)*

Naam en adres van de groepering: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum van ongeval: \_\_\_\_\_

Datum van uw eerste onderzoek: \_\_\_\_\_

Vastgestelde letsels: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Toegepaste behandeling: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Waarschijnlijke duur van de behandeling: \_\_\_\_\_

Lijdt het slachtoffer aan ziekten, gebrekkigheden of dergelijke die reeds bestonden voor het ongeval en welke de gevolgen van dit laatste zouden kunnen verergeren ?

Welke ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Is er een blijvende invaliditeit te voorzien ? \_\_\_\_\_

Waar wordt de gekwetste verzorgd ? \_\_\_\_\_

Is de tussenkomst van een specialist nodig ? \_\_\_\_\_

Is radiografie noodzakelijk ? \_\_\_\_\_

Is ziekenhuisopname noodzakelijk ? \_\_\_\_\_

Waarom ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gedaan te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_  
*(Handtekening van de Dokter)*

**Opmerking:** Ongevalsaangifte in ENKEL EXEMPLAAR op te maken en onmiddellijk, behoorlijk ingevuld en ondertekend, naar bovenstaand adres te zenden