



Rugbyclub Maasland

"No guts, no glory"

info@rugbymaasland.be - www.rugbymaasland.be



Beste speler,

U heeft spijtig genoeg een blessure opgelopen.

Wanneer je tijdens een training of wedstrijd een blessure oploopt, dient het aangifteformulier voor de verzekering in gevuld en ondertekend te worden door de geneesheer. Dit formulier dient bovendien ook correct ingevuld en ondertekent te worden door het slachtoffer en uiteindelijk overhandigt te worden aan de ploegcoördinator.

Na gemiddeld zes weken zal u een brief van de verzekeringsmaatschappij krijgen met vermelding van een dossiernummer en een genezingsattest als bijlage. Van alle kosten die gemaakt zijn n.a.v. de blessure, dient u de betalingsbewijzen zorgvuldig bij te houden totdat men het dossiernummer verkregen heeft. Na het ontvangen van het dossiernummer kan u de betalingsbewijzen doorsturen naar de verzekeringsmaatschappij. Het doorsturen van de betalingsbewijzen kan eenmaal gebeuren, maar bij aanhoudende blessures kan dit ook meerdere malen gebeuren.

Wanneer u volledig herstelt bent, dient een genezingsattest ingevuld te worden door de behandelende geneesheer en dat attest dient dan weer opgestuurd te worden naar de verzekeringsmaatschappij zodat zij het dossier kunnen afsluiten.

Belangrijke nota:

Als lid bent u volledig verzekerd voor alle RIZIV kosten (=kosten die goedgekeurd zijn door de ziekenkas) die gemaakt worden. Alle behandelingen die niet RIZIV verzekerd zijn, zullen ook niet terugbetaald worden door de verzekeraar. Gelieve dit te vermelden bij het bezoek aan de dokter of het ziekenhuis.

Dossiernummer _____ (voorbehouden aan Ethias)

[A] in te vullen door de aangever**1 IDENTITEIT VAN DE VERZEKERINGSNEMER (sportbond, liga, enz.)**

.....

 Polis nr. _____ Tel. nr. _____
 Juiste benaming van de verzekerde club
 Beoefende activiteit
 Naam en adres van de clubverantwoordelijke
 Naam _____ Voornaam _____
 Straat _____ nr. _____ bus _____
 Postcode _____ Gemeente _____
 Ref. Bankrekeningnummer _____ - _____ - _____
 Tel. nr. _____

2 IDENTITEIT VAN HET SLACHTOFFER

Naam _____ Voornaam _____
 Straat _____ nr. _____ bus _____
 Postcode _____ Gemeente _____
 Geboortedatum ____ . ____ . ____ M V Beroep
 Bezigheid van het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval speler scheids- of lijnrechter toeschouwer
 Andere
 Rekeningnummer _____
 Indien het slachtoffer minderjarig is, naam en voornaam van de wettige vertegenwoordiger (ouder, voogd)
 Beroep

3 Datum van het ongeval ____ . ____ . ____

Dag Uur

4 Indien bij het ongeval een derde, vreemd aan de verzekerde club, betrokken is, volledige naam en adres van deze derde

Naam _____ Voornaam _____
 Straat _____ nr. _____ bus _____
 Postcode _____ Gemeente _____

5 Verzekeringsmaatschappij van bovenvermelde derde

.....
 Polisnummer

6 PLAATS VAN HET ONGEVAL

Tijdens deelname aan een activiteit van de hiervoorvermelde club
 Juiste plaats

 Op weg naar of van de activiteit
 Individuele groepsgewijze verplaatsing
 Juiste plaats
 Wat was het gebruikte vervoermiddel?

Een enkel formulier per ongeval is voldoende. Een begeleidend schrijven is niet noodzakelijk.



[B] bericht aan de slachtoffers van een lichamelijk ongeval

- 1) U werd slachtoffer van een ongeval waarvoor Ethias optreedt als verzekeraar. Na ontvangst van het aangifteformulier zal Ethias u het nummer van uw dossier meedelen.
- 2) Het verzekeringscontract voorziet in terugbetaling van de behandelingskosten met verwijzing naar het RIZIV-barema tot beloop van het eventuele overschot na tegemoetkoming van het ziekenfonds. Behoudens uitzondering komen slechts de in het ziekte- en invaliditeitsverzekeringsbarema voorziene prestaties in aanmerking voor vergoeding.
- 3) In toepassing van de wet moeten de geneesheren en ziekenhuizen aan de patiënten of aan hun ouders om betaling van de gewone verstrekkingen verzoeken en de getuigschriften voor verstrekte hulp, bestemd voor het ziekenfonds, afleveren.
- 4) Op vertoon van de stavingsstukken en van de afrekening van het ziekenfonds vergoedt Ethias haar tegemoetkoming op de door de rechthebbenden gewenste wijze (rekeningnummer).
- 5) Het slachtoffer (of de ouders) hebben vrijheid van keuze van arts of ziekenhuis ongeacht welke dokter of ziekenhuis de eerste verzorging heeft toegediend.

BELANGRIJK

Gelieve hiernavolgende rubriek in te vullen of een kleeftbriefje van uw ziekenfonds aan te brengen en de hiernavolgende verklaring aangaande de medische gegevens te ondertekenen.

Naam van de titularis	_____	Voornaam	_____
Verzekeringstelling	_____		
Inschrijvingsnummer	_____		

Opgelet: de wet van 9 augustus 1963 legt iedereen de verplichting op zich bij een ziekenfonds aan te sluiten. Zo dit voor u echter niet het geval zou zijn, gelieve hierna uw beweegredenen uiteen te zetten

.....
.....

Ethias verzamelt uw persoonsgegevens voor de evaluatie van het risico, het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen, voor het promoten van haar diensten en voor het voeren van getrouwheidsacties. Uw persoonsgegevens kunnen voor commerciële doeleinden doorgegeven worden aan de ondernemingen die deel uitmaken van de Ethias groep.

U hebt het recht om uw persoonsgegevens in te kijken, om eventuele correcties te laten aanbrengen en om u gratis te verzetten tegen het gebruik ervan voor commerciële doeleinden. Verzet u zich tegen dit gebruik?.....

De gezondheidsgegevens zullen verwerkt worden voor de aanvaarding van de risico's onderschreven bij Ethias, het bepalen van de omvang van de waarborgen en het beheer van de verzekeringsovereenkomsten

en de schadegevallen. Deze gegevens zullen beheerd worden door de daartoe bij Ethias gemachtigde personen. U kan op ieder ogenblik uw toestemming tot het verwerken van deze gegevens door de hoger vermelde personen intrekken.

Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst of over het beheer van een schadegeval kan worden gericht aan:

- Ethias – Dienst 2160 Prins-Bisschopssingel 73 B-3500 Hasselt fax 011 28 26 60 klachten.col@ethias.be
- Ombudsman van de verzekeringen – de Meeûsplantsoen 35 B-1000 Brussel fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as
- Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen – Congresstraat 10-16 B-1000 Brussel fax 02 220 58 17 cob@cbfa.be

Opgemaakt te _____ op _____

Ik machtig Ethias mijn gezondheidsgegevens (of die van mijn kind) te verwerken

Handtekening

1) Naam van de geneesheer _____ (in drukletters a.u.b.) Voornaam _____

Adres

2) Naam van het slachtoffer _____ Voornaam _____

Adres

3) Datum van het ongeval ____ . ____ . ____

4) Datum en uur van het eerste geneeskundig onderzoek ____ . ____ . ____ ____ . ____ uur

5) Verwondingen (de aard der verwondingen en de getroffen lichaamsdelen vermelden)

.....

.....

.....

.....

6) Waar wordt het slachtoffer verzorgd?

7) Kan het slachtoffer zich verplaatsen? ja neen

8) Waarschijnlijke duur van de behandeling

9) Waarschijnlijke gevolgen van het ongeval

- volledige tijdelijke arbeidsongeschiktheid dagen, van tot

- gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid dagen, van tot tegen %

Voorziet u een volledige genezing? ja neen

10) Is u van mening dat de vastgestelde verwonding het gevolg kan zijn van het in rubriek A. 7 vermelde ongeval? ja neen

11) Kan er hier sprake zijn van een vroegere toestand (gebrekkigheden, kwalen of ziekten)? ja neen

Zo ja, welke?

12) a. Werd er overgegaan tot een heelkundige ingreep? ja neen

Zo ja, welke?

In welke inrichting en door welke chirurg?

b. Werd er overgegaan tot een radiografisch onderzoek van diagnose en/of controle? ja neen

Door welke radioloog?

c. Wenst u tussenkomst van een specialist? ja neen

13) Opmerkingen

.....

Opgemaakt te

op

Handtekening