



Ksa nationaal vzw
 Vooruitgangstraat 225, 1030 Brussel
 02 201 15 10 | info@ksa.be | www.ksa.be

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

- 1e blad: ongevalseverklaring ~ in te vullen door verantwoordelijke (groeps)leid(st)er
- 2e blad: geneeskundig getuigschrift ~ in te vullen door arts/geneesheer
- 3e blad: uitgavenstaat ~ voorbehouden aan de schadelijder (na bezoek mutualiteit opsturen)

Groep:
 Groepsnummer:
 Verantw. (groeps)leider:
 GSM-nummer:
 E-mail:

Voorbehouden aan de verzekeringsmaatschappij
 Referte KSA:
 Ontvangen op:
 Referte IC:
 Polisnummer:

drUKletters a.U.B.

ongeval	Datum ongeval: / / Uur ongeval: Plaats ongeval: <input type="checkbox"/> Lokaal <input type="checkbox"/> Speelterrein van het lokaal <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 + voornaam slachtoffer: Verzekerd via: <input type="checkbox"/> Digit <input type="checkbox"/> één-dag-polis <input type="checkbox"/> ledenwerving <input type="checkbox"/> fuifverzekering Geboortedatum slachtoffer: / / GSM-nummer: Adres slachtoffer: Indien slachtoffer minderjarig is, naam ouders/voogd: Indien adres ouders/voogd anders is dan slachtoffer: E-mail: Bankrekeningnummer: Werkt slachtoffer: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
omstandigheden	Oorzaak en omstandigheden van het ongeval (wees bondig en correct): Omschrijving opgelopen letsel of schade of eventuele verwickelingen: Tandletsel: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Briltschade: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Werd het ongeval door een derde veroorzaakt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, was de derde ingeschreven lid bij KSA: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Naam + voornaam derde: Adres derde: GSM-nummer derde: Gegevens familiale verzekering derde + polisnummer: Gebeurde er een vaststelling door de politie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, pv-nummer of verhoorblad:

Opgemaakt te op / / Handtekening verantwoordelijke (groeps)leid(st)er