



Aangifte van arbeidsongeval – KBWB

Verzekeringsonderneming: AG Insurance
Nummer verzekeringspolis: 0 3/97188975

Gelieve deze schadeaanfite zo volledig mogelijk in te vullen, te ondertekenen en terug te sturen naar AG

Werkgever

2. Naam werkgever:
5. Naam en telefoonnummer van de contactpersoon:
6. Bankrekeningnummer: IBAN: – – –
Financiële instelling: BIC:

Getroffene - Wielrenner

7. Rijksregisternummer (identificatienummer sociale zekerheid):
8. Naam:
Voornaam:
9. Geboren op: / / te:
10. Geslacht: M V Nationaliteit:
11. **Hoofdverblijfplaats**
Adres:
Postcode: Woonplaats: Land:
Telefoonnummer:
E-mailadres:
12. Taal van de correspondentie met de getroffene: Nederlands Frans Duits
14. Bankrekeningnummer: IBAN: – – –
Financiële instelling: BIC:
17. Datum van indiensttreding: / /
18. Duurtijd van de arbeidsovereenkomst: voor onbepaalde duur voor bepaalde duur
Is de einddatum van de arbeidsovereenkomst gekend? ja neen
Zo ja, datum einde arbeidsovereenkomst: / /

Ongeval

22. Dag van het ongeval: Datum / / uur: min:
- Wielervedstrijd:
31. Welke gebeurtenissen die afwijken van de normale gang van het werk, hebben tot het ongeval geleid?
.....

Letsel

38. Soort letsel
39. Verwond deel van het lichaam

Gelieve het medisch attest van eerste vaststelling of spoedverslag mee op te sturen naar AG

Gevolgen

44. Gevolgen van het ongeval Geen tijdelijke ongeschiktheid
 Tijdelijke ongeschiktheid
 Overlijden, datum van overlijden / /
45. Datum van de effectieve werkhervatting / training: / /
Indien het werk nog niet is hervat de waarschijnlijke duur van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid: dagen

Naam van de aangever:
Hoedanigheid:
Datum: / /
Handtekening: