

**AANGIFTE SCHOOLONGEVAL /  
KINDERDAGVERBLIJF EN STAGE**



Paul Hymanslaan 2  
1200 Sint-Lambrechts-Woluwe  
Dienst Juridische Zaken – Verzekeringen

Maatschappij: Ethias  
Prins Bisschopssingel, 73 3500 HASSELT

Contractnummer: 45.485.311

Dossiernummer maatschappij:.....  
Intern dossiernummer: .....  
**(TE HERHALEN IN ALLE CORRESPONDENTIE)**

**(DEEL A)**

**I. Identiteit van de verzekeringnemer**

1. Naam van de administratie, dienst of instelling: **Gemeente Sint-Lambrechts-Woluwe**  
Tel. **02 761 29 12 (Jennifer SAGON)** of **02 774 36 71 (Mike VANEBERG)**  
.. E-mail: [j.sagon@woluwe1200.be](mailto:j.sagon@woluwe1200.be) of [m.vaneberg@woluwe1200.be](mailto:m.vaneberg@woluwe1200.be)
2. Straat/nr./bus: **Paul Hymanslaan 2** Postcode: **1200** Gemeente: **Sint-Lambrechts-Woluwe**
3. Aard van de administratie: **Openbaar gemeentebestuur, uitgezonderd OCMW** NACE-BEL-code: **84114**
4. Ondernemingsnummer: **0207.389.859** en indien van toepassing, vestigingseenheidsnummer:
5. Volledige naam van de instelling:

**STEMPEL VAN DE SCHOOL**

**II. Gegevens van het SLACHTOFFER**

Naam en voornamen: .....  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_ Geslacht :  M  V Taalrol: .....  
Rijksregisternummer: \_\_\_\_\_ Nationaliteit: .....  
Hoofdverblijfplaats: straat/nr./bus:.....  
Postcode: ..... Gemeente: .....  
Klas:..... Afdeling:.....  
Indien het slachtoffer geen leerling is, zijn of haar functie:.....

**Identiteit van de wettelijke vertegenwoordiger (ouder, voogd, ...)**

Naam en voornamen: .....  
Rijksregisternummer: \_\_\_\_\_ Nationaliteit: .....  
IBAN-rekeningnummer : \_\_\_\_\_ BIC-nummer: \_\_\_\_\_  
E-mailadres:.....@.....  
Telefoon- en/of gsm-nummer:.....  
Beroep:.....  
Hoofdverblijfplaats: straat/nr./bus:.....  
Postcode: ..... Gemeente: .....

**Indien het slachtoffer een beroepsactiviteit heeft**

Beroep: .....  
Datum van stopzetting van de activiteiten Datum: \_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_ min.  
Is het slachtoffer aangesloten bij een ziekenfonds?  JA – Gelieve het te verwittigen  NEE



## VI. Getuigenissen en/of toezicht

**Getuige**       **Toezichthouder**

Naam en voornamen: .....

Hoofdverblijfplaats: straat/nr./bus: .....

Postcode: ..... Gemeente: .....

**Getuige**       **Toezichthouder**

Naam en voornamen: .....

Hoofdverblijfplaats: straat/nr./bus: .....

Postcode: ..... Gemeente: .....

**Getuige**       **Toezichthouder**

Naam en voornamen: .....

Hoofdverblijfplaats: straat/nr./bus: .....

Postcode: ..... Gemeente: .....

**Getuige**       **Toezichthouder**

Naam en voornamen: .....

Hoofdverblijfplaats: straat/nr./bus: .....

Postcode: ..... Gemeente: .....

Hoeveel personen moesten toezicht houden? \_ \_ \_ \_

Op hoeveel leerlingen werd toezicht gehouden? \_ \_ \_ \_

De contactgegevens van andere toezichthouders kunt u op een apart document aan ons doorgeven.

## VII. Derde partij

Een derde partij is aansprakelijk voor het ongeval:  **JA**     **NEE**

Zo ja, naam en adres van de eventueel aansprakelijke persoon:

.....  
.....

Is er een proces-verbaal opgesteld?  **JA**     **NEE**

Zo ja, het nummer van het proces-verbaal dat is opgesteld te ..... op (2): \_ \_ \_ \_ \_ door .....

**Indien u aansprakelijk bent, gelieve ons de naam van uw verzekeringsmaatschappij en uw polisnummer te verstrekken.**

Verzekeraar van de eventueel aansprakelijke persoon: ..... Polisnummer: .....

## VII. Kleefbriefje van het ziekenfonds

Vul onderstaand vakje in of plak er een kleefbriefje van het ziekenfonds op en onderteken het verzoek om toestemming betreffende de medische gegevens.

**Kleefbriefje van het ziekenfonds van het  
slachtoffer**

**Naam en voornaam van de houder (slachtoffer):** \_\_\_\_\_

**Verzekeringsinstelling:** \_\_\_\_\_

**Inschrijvingsnummer:** \_\_\_\_\_

### Waarschuwing

De verzekeraars zien nauwlettend toe op het opsporen van fraude en pogingen tot verzekeringsfraude. Men verstaat onder "verzekeringsfraude" het opzettelijk misleiden van een verzekeringsonderneming bij de sluiting of tijdens de looptijd van een verzekeringsovereenkomst, of bij de aangifte dan wel afhandeling van een schadegeval met het oog op het verkrijgen van een verzekeringsdekking of een verzekeringsprestatie. Elke oplichting of poging tot oplichting van de verzekeringsmaatschappij brengt niet alleen de opzegging van de verzekeringsovereenkomst mee, maar kan ook strafrechtelijk worden vervolgd op grond van artikel 496 van het Strafwetboek.

### Bescherming van de persoonsgegevens

De persoonsgegevens die door de betrokkene zijn meegedeeld of rechtmatig zijn ontvangen door AXA Belgium, verantwoordelijk voor de verwerkingen, kunnen door de maatschappij worden verwerkt met het oog op het beheer van de schadegevallen, de klantenservice, het beheer van de relatie met de verzekeringstussenpersoon, de opsporing, preventie en bestrijding van fraude, de bestrijding van het witwassen van geld en van de financiering van terrorisme, het toezicht op de portefeuille, en statistische studies. Deze verwerkingen zijn noodzakelijk voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst, voor de naleving van een wettelijke verplichting of voor de rechtmatige belangen van AXA Belgium. In geen geval zullen deze gegevens worden verwerkt voor direct marketing. Voor zover de mededeling van persoonsgegevens noodzakelijk is om de hierboven opgesomde doeleinden te bereiken, kunnen deze gegevens worden meegedeeld aan andere bedrijven van de AXA-groep, aan met hen verbonden bedrijven en/of personen en aan de bevoegde overheidsinstanties. De betrokkene kan verzoeken om toegang, verbetering, verwijdering of overdraagbaarheid van zijn persoonsgegevens, ervoor kiezen het gebruik van die gegevens te beperken of bezwaar maken tegen de verwerking ervan. Indien de betrokkene bijzondere en uitdrukkelijke toestemming heeft gegeven voor het gebruik van sommige van zijn gegevens, kan hij deze toestemming te allen tijde intrekken, mits het niet gaat om informatie die essentieel is voor de uitvoering van zijn overeenkomst of het beheer van zijn schadegeval. AXA Belgium zorgt voor een passend beschermingsniveau wanneer persoonsgegevens buiten de Europese Unie worden doorgegeven. De betrokkene kan meer informatie krijgen en zijn rechten uitoefenen via de website [www.AXA.be](http://www.AXA.be), of per post op het volgende adres: AXA Belgium - Data Protection Officer (TR1/884), Troonplein 1 te 1000 Brussel.

**Door dit document te ondertekenen, geeft de betrokkene zijn uitdrukkelijke toestemming voor de verwerking van gegevens over zijn gezondheid of die van zijn kind, die nodig is voor het beheer van dit schadegeval.**

Gedaan te ..... op ...../..... / 20.....

### **Handtekening**

.....

**(DEEL B – Medisch attest eerste vaststelling)**

**BELANGRIJK**  
**In te vullen door de arts**

1) **Naam en voornaam van de arts:** \_\_\_\_\_  
**Specialist in:** \_\_\_\_\_  
**Adres van de arts:** \_\_\_\_\_

2) **Verzekeringnemer:**  
**Naam:** GEMEENTEBESTUUR SINT-LAMBRECHTS-WOLUWE  
**Straat:** Paul Hymanslaan 2  
**Postcode:** 1200 Sint-Lambrechts-Woluwe

3) **Naam en voornaam van het slachtoffer:** \_\_\_\_\_  
**Geboortedatum van het slachtoffer:** \_\_\_\_\_  
**Adres van het slachtoffer:** \_\_\_\_\_

4) **Datum van het ongeval:** \_\_\_\_\_

5) **Datum van het eerste bezoek:** \_\_\_\_\_

6) **Datum en tijdstip van het eerste medisch onderzoek:** \_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ min.

7) **Vastgestelde letsels (vermeld de aard van de letsels en de getroffen lichaamsdelen):**  
.....  
.....  
.....  
.....

8) **Indien het slachtoffer een beroepsactiviteit heeft**

<b>Resultierend in letsels</b>	<b>Totaal – duur:</b> .....
	<b>Gedeeltelijk:</b> ..... <b>Aantal – Duur:</b> .....
	.....
	.....

**Vermoedelijke gevolgen:**  
.....  
.....

9) **Waar wordt het slachtoffer behandeld?** .....

10) **De gegeven behandeling is als volgt:** .....

11) **Kan het slachtoffer zich verplaatsen?**  JA  NEE

12) **Waarschijnlijke duur van de behandeling:** \_\_\_\_\_

13) **Waarschijnlijke gevolgen van het ongeval (blijvende arbeidsongeschiktheid te vrezen?):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14) **Denkt u dat het vastgesteld letsel veroorzaakt kan zijn door het onder rubriek IV beschreven ongeval?**  JA  NEE

15) **Is er sprake van een eerdere toestand (gebreken, kwalen of ziekten)?**  JA  NEE  
**Zo ja, welke?**  
.....  
.....

16) **Is er een operatie uitgevoerd?**  JA  NEE  
**Zo ja, welke?**  
.....  
.....  
**In welke zorginstelling en door welke chirurg?**  
.....

17) Is er een diagnostische en/of controleröntgenfoto gemaakt?

JA  NEE

Door welke radioloog? .....

18) Wenst u de tussenkomst van een specialist?

JA  NEE

19) Opmerking:

.....  
.....  
.....  
.....

Gedaan te

op

Handtekening en stempel van de zorgverlener,

**(DEEL C – Getuigschrift van genezing of consolidatie)**

**BELANGRIJK**

**In te vullen door de arts**

1) **Naam en voornaam van de arts:** \_\_\_\_\_  
**Specialist in:** \_\_\_\_\_  
**Adres van de arts:** \_\_\_\_\_

1) **Verzekeringnemer:**  
**Naam:** GEMEENTEBESTUUR SINT-LAMBRECHTS-WOLUWE  
**Straat:** Paul Hymanslaan 2  
**Postcode:** 1200 Sint-Lambrechts-Woluwe

2) **Naam en voornaam van het slachtoffer:** \_\_\_\_\_  
**Adres van het slachtoffer:** \_\_\_\_\_  
  
**Geboortedatum van het slachtoffer:** \_\_\_\_\_

3) **Datum van het ongeval:** \_\_\_\_\_

Ik ondergetekende ....., doctor in de geneeskunde, woonachtig ....., verklaar dat het voornoemde slachtoffer is hersteld van zijn verwondingen en zijn activiteiten kan hervatten vanaf \_\_\_\_\_

Er is sprake /  Er is geen sprake van permanente arbeidsongeschiktheid.

De blijvende letsels zijn de volgende: .....

Gedaan te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_  
Handtekening en stempel van de zorgverlener,

### **Instructies in geval van een ongeval**

Om u te helpen de aangifte van het schoolongeval op te stellen, nodigt de dienst Juridische Zaken/Verzekeringen van de gemeente Sint-Lambrechts-Woluwe u uit om het volgende te doen:

1. Vul zelf deel A “AANGIFTE SCHOOLONGEVAL” in en vermeld daarbij verplicht:
  - I. uw bankrekeningnummer;
  - II. uw e-mailadres en/of correspondentieadres;
  - III. het kleefbriefje van het ziekenfonds van uw kind.
  
2. Laat uw arts deel B “MEDISCH ATTEST” invullen, waarin de aard en de plaats van het letsel worden vermeld.

Wanneer de originele verklaring is ingevuld, gedateerd en ondertekend, dient deze zo spoedig mogelijk aan de schooldirectie te worden toegezonden, bij gebreke daarvan het secretariaat, bij gebreke daarvan de klastitularis.

Ter informatie: u wordt verzocht de aangifte van het schoolongeval niet langer per post naar de verzekeringsmaatschappij te sturen, aangezien deze systematisch naar ons wordt teruggestuurd. Het is aan de onderwijsinstelling om de aangifte van het schoolongeval te ontvangen en vervolgens naar de dienst Juridische Zaken/Verzekering te sturen.

### **Terugbetalingsprocedure:**

Wij verzoeken u om de onderstaande procedure aandachtig te lezen.

Wij delen u mee dat de in dit geval toepasselijke verzekeringsovereenkomst voorziet in de terugbetaling van de zorgkosten onder verwijzing naar het RIZIV-tarief voor het gedeelte dat de prestaties van het ziekenfonds overschrijdt.

In eerste instantie is het aan u om de facturen en ereloonnota's die u ontvangt te betalen en vervolgens moet u zich door de verzekeringsmaatschappij laten terugbetalen.

Om de verzekeringsmaatschappij in staat te stellen het bedrag van haar contractuele tussenkomst te berekenen, moet u de bewijsstukken naar de verzekeringsmaatschappij sturen.

Bovendien moet alle correspondentie (medische attesten, getuigschriften van genezing, onkostennota's, enz.) met de maatschappij uw dossiernummer vermelden en aan de verzekeringsmaatschappij worden gericht.