



Dear parents,

Concerning: SCHOOL ACCIDENT

Please fill in the added forms.

- Parents: page 1: numbers 2+3
page 2: numbers 4-7
page 3

- Doctor: page 4

Please return the forms a.s.a.p. **(Within 8 days)**

Thank you for your support.

Friendly greetings,

The school nurse.

Yoke Moortgat.

aangifteformulier

**VERZEKERING TEGEN
LICHAMELIJKE ONGEVALLEN**



Dossiënummer / /
(voorbehouden aan Ethias)

Terug te sturen naar:
Ethias - Zetel voor Vlaanderen
Prins-Bisschopssingel 73, 3500 Hasselt
Tel. 011 28 21 11 Fax 011 85 60 00

[A] in te vullen door de aangever

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



1 IDENTITEIT VAN DE VERZEKERINGSNEMER

Contract nr: 45.099.406
EUROPESE SCHOOL MOL
EUROPAWIJK 100
2400 MOL
014/563140

ing _____
nr. _____ bus _____
Tel. nr. _____

2 IDENTITEIT VAN HET SLACHTOFFER

Naam _____ Voornaam _____
Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam

Straat _____ nr. _____ bus _____

Postcode _____ Gemeente _____

Geboortedatum _____ M V E-mail _____

Klas _____ Afd. _____ Jaar _____

Naam en voornaam van de wettige vertegenwoordiger (ouder, voogd) _____

Bankrekeningnummer _____

Rijksregisternummer _____

Indien het slachtoffer geen leerling is, zijn/haar functie _____

Heeft het slachtoffer opgehouden de lessen te volgen? Ja Neen

Zo ja, vanaf welke datum? _____

3 GEGEVENS VAN HET ONGEVAL

Datum _____

Dag _____ Uur _____

Plaats

Op school

Gedurende de theorielessen Gedurende de lichamelijke opvoeding Gedurende de praktijklessen

Gedurende de speeltijd Sportplein In het internaat In de kolonie

Buiten de school

Op weg naar of van school Tijdens uitstapjes

Juiste plaats _____

Wat was het gebruikte vervoermiddel? _____

4

BESCHRIJVING VAN HET ONGEVAL (oorzaken, omstandigheden en gevolgen, opgelopen verwondingen en/of schade)
SCHETS (bij te voegen indien het een verkeersongeval betreft)

Blank space for drawing or description of the accident.

5

BETROKKENHEID ANDERE PARTIJEN

- Indien het ongeval te wijten is aan een derde, vreemd aan de inrichting, volledige naam en adres van deze derde

Naam _____ Voornaam _____
Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam

Straat _____ nr. _____ bus _____

Postcode _____ Gemeente _____ Land _____

Verzekeringsmaatschappij van bovenvermelde derde _____

Polisnummer _____

- Is het ongeval te wijten aan een fout van een andere verzekerde?

Ja Neen

Zo ja, diens naam en adres _____

Geboortedatum _____

- Is het ongeval te wijten aan een gebrek aan de installaties?

Ja Neen

Zo ja, nader te bepalen _____

- Werd er een vaststelling gedaan door een verbaliserende autoriteit?

Ja Neen

Welke? _____

Eventueel nummer van proces-verbaal _____

6

GETUIGENISSEN

a) Naam en adres van de getuigen van het ongeval _____

b) Zo er geen getuige is, naam en adres van de personen die getuige waren van de toestand en de klachten van de gewonde, onmiddellijk na het ongeval _____

c) Bij ontbreken van getuigen a) en b), wanneer en door wie heeft u kennis gekregen van het ongeval? _____

7

TOEZICHT

Werd er toezicht gehouden? Ja Neen Door wie? _____

Hoeveel aangestelden waren hiermee belast? _____

Over hoeveel leerlingen werd er toezicht gehouden? _____

Opgemaakt te _____

op _____

Handtekening van het hoofd van de inrichting

[B] bericht aan de ouders van een leerling die het slachtoffer is van een schoolongeval of een ongeval op het schooltraject

- 1) Uw kind werd slachtoffer van een schoolongeval waarvoor Ethias optreedt als verzekeraar.
- 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 en 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 _____
Verzekeringsinstelling _____
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 2000 Prins-Bisschopssingel 73 3500 Hasselt
fax 011 85 61 10 klachtenbeheer@ethias.be
- Ombudsdienst Verzekeringen – de Meeûsquare 35 1000 Brussel
fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as

Opgemaakt te _____ op _____

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

Handtekening

[C] geneeskundig getuigschrift
In te vullen door de geneesheer

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 _____

10) Is u van mening dat de vastgestelde verwonding het gevolg kan zijn van het in rubriek A. 4 vermelde ongeval? Ja Neen

11) Kan er hier sprake zijn van een vroegere toestand (gebrekigheden, 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