

Schadeaangifte schoolongeval

* = verplicht in te vullen

(niet voor arbeidsongevallen en lichamelijke ongevallen buiten de schoolsfeer)

Vul dit aangifteformulier in en bezorg het aan de school. Het geneeskundig getuigschrift kun je samen met dit aangifteformulier aan de school bezorgen of rechtstreeks versturen naar de raadgevend arts van KBC Verzekeringen. Maak hier je keuze*:

- Ik bezorg dit formulier samen met het geneeskundig getuigschrift aan de school en geef mijn toestemming aan de school voor het verwerken van mijn gezondheidsgegevens – of die van mijn kind – in het kader van deze schadeaangifte.
- Ik bezorg dit formulier aan de school en stuur het geneeskundig getuigschrift zelf per post op aan de raadgevend arts van KBC Verzekeringen, Professor R. Van Overstraetenplein 2 te 3000 Leuven.

POLISNUMMER* _____

REFERTE SCHOOL _____

VERZEKERINGNEMER

Naam verzekeringnemer/vestiging en adres*

E-mailadres

SLACHTOFFER

Voornaam en Naam*

Geboortedatum*

____/____/____

Geslacht*

 M V

Straat en Nummer*

Postcode*

Gemeente*

Telefoonnummer

GSM-nummer

E-mailadres

Relatie slachtoffer – verzekeringnemer*

- Leerling Vrijwilliger Deelnemer/Bezoeker

Is het slachtoffer minderjarig of handelingsonbekwaam?* Ja Nee

Enkel indien het slachtoffer minderjarig of handelingsonbekwaam is: gegevens wettelijk vertegenwoordiger

Schadeaangifte schoolongeval*(niet voor arbeidsongevallen en lichamelijke ongevallen buiten de schoolsfeer)*

* = verplicht in te vullen

WETTELIJK VERTEGENWOORDIGER ALS HET SLACHTOFFER MINDERJARIG IS OF HANDELINGSONBEKWAAM

Voornaam en Naam _____

Straat en Nummer _____

Postcode _____

Gemeente _____

Telefoonnummer _____

GSM-nummer _____

E-mailadres _____

BETALING VIA OVERSCHRIJVING

Rekeningnummer (IBAN)* _____

Rekening op naam van* _____

BIC _____

ONGEVAL

Datum* ____/____/____

Uur* ____:____

Waar is het ongeval gebeurd?*

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Speelplaats | <input type="checkbox"/> Gangen/Trappen/Sanitair | <input type="checkbox"/> Leslokaal |
| <input type="checkbox"/> Turnzaal/Sportplaats | <input type="checkbox"/> Schoolreis/Daguitstap | <input type="checkbox"/> Op weg van/naar school |
| <input type="checkbox"/> Praktijkruimte | <input type="checkbox"/> Eetzaal | <input type="checkbox"/> Andere plaats: _____ |

Gaat het om een verkeersongeval?* Ja Nee

Enkel bij een verkeersongeval: hoedanigheid van het slachtoffer

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Voetganger of fietser | <input type="checkbox"/> Bestuurder snor- of bromfiets | <input type="checkbox"/> Bestuurder motorfiets (>= 50cc) |
| <input type="checkbox"/> Bestuurder voertuig | <input type="checkbox"/> Passagier | |

Beschrijf nauwkeurig de oorzaak en omstandigheden van het ongeval*

Beschrijf hier niet de opgelopen letsels of verwondingen, daarvoor dient het geneeskundig getuigschrift.

Schadeaangifte schoolongeval

* = verplicht in te vullen

(niet voor arbeidsongevallen en lichamelijke ongevallen buiten de schoolsfeer)

Type schade*

Tand/Bril/Prothese:

kruis dit vakje aan als een bril of prothese beschadigd werd door het ongeval. Kruis het vakje ook aan bij letsels aan tanden of bij letsels aan ogen die kunnen leiden tot het dragen van een bril of bij andere letsels die kunnen leiden tot het dragen van een prothese.

Hospitalisatie:

kruis dit vakje aan als het slachtoffer moet opgenomen worden in het ziekenhuis. Dat kan daghospitalisatie zijn, maar ook een verblijf met overnachting.

Traumatische ervaring:

kruis dit vakje aan als het slachtoffer het ongeval gevoelsmatig niet kan verwerken.

Overlijden:

kruis dit vakje aan als het slachtoffer bij het ongeval is overleden.

Andere lichamelijke schade:

kruis dit vakje aan als er andere lichamelijke schade is.

Tand/Bril/Prothese Hospitalisatie Traumatische ervaring Overlijden Andere lichamelijke schade

Kwam de politie ter plaatse?* Ja Nee

Enkel bij vaststelling door politie

Nummer proces-verbaal

Opgesteld door de politiezone

GETUIGEN

Zijn er getuigen van het ongeval?* Ja Nee

Enkel indien getuigen gekend

Voornaam en Naam

Straat en Nummer

Postcode

Gemeente

Telefoonnummer

GSM-nummer

ANDERE VERZEKERING

Is het ongeval aangegeven aan een andere verzekering?* Ja Nee

Indien ja, welke verzekering?

Rechtsbijstand Hospitalisatie Arbeidsongeval Lichamelijk ongeval Andere verzekering: _____

Polisnummer

Verzekeringsmaatschappij

DERDE PARTIJ

Is een derde partij betrokken bij het ongeval?* Ja Nee

Enkel indien derden betrokken

Voornaam en Naam

Straat en Nummer

Postcode

Gemeente

Telefoonnummer

GSM-nummer

Polisnummer

Verzekeringsmaatschappij

Bescherming van uw persoonsgegevens

KBC Verzekeringen NV – Professor Roger Van Overstraetenplein 2 – 3000 Leuven – België - BTW BE 0403.552.563 – RPR Leuven
Onderneming toegelaten voor alle takken onder code 0014 (K.B. 4 juli 1979, B.S. 14 juli 1979) door de Nationale Bank van België,
de Berlaimontlaan 14, 1000 Brussel, België.
Een onderneming van de KBC-groep

AA1539 V10-2018 -/- 3/4

Schadeaangifte schoolongeval

* = verplicht in te vullen

(niet voor arbeidsongevallen en lichamelijke ongevallen buiten de schoolsfeer)

Uw privacy is erg belangrijk voor ons. Meer informatie over de verwerking van persoonsgegevens van de (kandidaat-)verzekeringnemer, verzekerde, aangeslotene of begunstigde vindt u in onze privacyverklaring. In de privacyverklaring leest u ook wat uw rechten zijn en hoe u ze kunt uitoefenen. Om de privacyverklaring actueel te kunnen houden, is geopteerd om ze aan te bieden via onze website www.kbc.be/privacy. U kunt ook een papieren versie bekomen bij uw (verzekerings)tussenpersoon.

Als u ons persoonsgegevens meedeelt over andere personen (bijvoorbeeld een verzekerde), moet u die personen vooraf informeren over ons gebruik van hun gegevens en, indien nodig, daarvoor hun toestemming vragen.

Zeg neen tegen fraude

Om de solidariteit tussen de verzekerden te behouden en onnodige premieverhogingen te vermijden, treden wij actief op tegen fraude. Verzekeringsfraude is een misdrijf en kan leiden tot strafrechtelijke vervolging.

De wettelijke vertegenwoordiger treedt op voor de handelingsonbekwame persoon (zoals de minderjarige) die hij/zij vertegenwoordigt.

Opgemaakt te _____

op ____/____/____

Akkoord met aangifte,

(vertegenwoordiger van) slachtoffer

Geneeskundig getuigschrift

POLISNUMMER (door de school in te vullen)

VOORNAAM EN NAAM

DOKTER

naam en adres (of stempel)

SLACHTOFFER (door de school in te vullen)

naam en voornaam

datum ongeval

____/____/____

geboortedatum

____/____/____

AARD VAN DE VERWONDINGEN

HEEFT HET SLACHTOFFER VOOR ZIJN ONGEVAL LETSELS OF ZIEKTES GEHAD WAARDOOR DE GEVOLGEN VAN DIT ONGEVAL KUNNEN WORDEN VERZWAARD?

ja neen

Welke?

Sedert wanneer?

WANNEER HEEFT MEN VOOR DE EERSTE MAAL DE HULP VAN DE DOKTER INGEROEPEN?

datum ____/____/____

naam en woonplaats van die dokter

Geneeskundig getuigschrift

HET SLACHTOFFER IS:

in staat zijn dagelijkse bezigheden voort te zetten

volledig ongeschikt begindatum ____/____/____ vermoedelijke einddatum ____/____/____

gedeeltelijk ongeschikt

_____ % begindatum ____/____/____ vermoedelijke einddatum ____/____/____

_____ % vermoedelijke begindatum ____/____/____ vermoedelijke einddatum ____/____/____

IS ER EEN VOLLEDIGE GENEZING TE VERWACHTEN?

ja, wanneer _____

neen, wat zijn de mogelijke gevolgen voor de toekomst? (bv. overlijden, blijvende invaliditeit, enz.)

opgemaakt te _____ op ____/____/____

de dokter, (handtekening en stempel)

