



## SCHADEFORMULIER

Polisnummer: 11/15318780277



### VERZEKERINGNEMER

VZW KATH.BASISONDERWIJS OUDENAARDE  
 IM  
 Hoogstraat 30  
 9700 Oudenaarde

Vestigingsplaats verzekeringnemer:

---

### SCHADEDATUM EN -UUR

Datum:

---

Uur:

---

### SCHADELIJDER

Naam:

---

Voornaam:

---

Geboortedatum :

---

Geslacht:  V  M

---

Adres:

---

Telefoonnummer:

---

E-mailadres(sen):

---

Bankrekeningnummer:

---

Verzekerde :

Leerling/student/cursist:

- Basisonderwijs
- Hoger onderwijs
- Sociale promotie/CVO
- Kunstonderwijs
- Internaat
- CLB

Secundair Onderwijs:

- ASO
- TSO
- BSO
- KSO
- BuSo



- Baby/peuter/kind:  
 Kinderdagverblijf  Kinderopvang  
 Buitenschoolse kinderopvang

- Personeelslid:  
 Gesubsidieerd personeelslid (rechtstreeks betaald door departement onderwijs)  
(Let op : lichamelijke letsels van een gesubsidieerd personeelslid moeten binnen de 8 dagen na het schadegeval aangegeven worden bij het Agentschap voor Onderwijsdiensten!)
- Contractueel personeelslid (niet-rechtstreeks betaald door departement onderwijs)  
(Let op : lichamelijke letsels van een contractueel personeelslid moeten binnen de 8 dagen na het schadegeval aangegeven worden op de polis arbeidsongevallen van de verzekeringnemer!)

- Vrijwilliger:  
 Gepensioneerde  Zonder beroep  Werkloze  
 Arbeider/bediende/ambtenaar/gesubsidieerd personeelslid

Deelnemer aan een activiteit

Ander:  
\_\_\_\_\_

Derde:

Verzekeringsmaatschappij en polisnummer:  
\_\_\_\_\_

## ADRES/PLAATS SCHADEGEVAL

Op weg van en naar school/stageplaats/internaat/CLB/Kinderdagverblijf/Kinderopvang - was de schadelijder:

- Voetganger  Fietser  
 Passagier  Bestuurder motorvoertuig  
 Ander:  
\_\_\_\_\_

Schoolleven:

- Intra muros – plaats/lokaal:  
 Klas  Atelier/praktijkles  
 Labo  Speelplaats/tuin/recreatieruimte  
 Gangen/WC/trappen/lift  Fietsenstalling/lockerruimte  
 Sportzaal/sportterrein  Opvang/studie  
 Eetzaal  Ander:  
\_\_\_\_\_

- Extra muros:  
 Plaats/adres:  
\_\_\_\_\_

Stageplaats (Let op : lichamelijke letsels van de stagiair opgelopen op de stageplaats moeten binnen de 8 dagen na het schadegeval aangegeven worden op de polis arbeidsongevallen van de school!)

Internaat – Plaats/lokaal:

- Slaapkamer/slaapruimte
- Recreatieruimte
- Gangen/WC/trappen/lift
- Ander:

- Studieruimte
- Tuin
- Eetzaal

CLB:

Plaats/lokaal:

Kinderdagverblijf/kinderopvang – Plaats/lokaal:

- Speelruimte
- Slaapruimte
- Verzorgingsruimte
- Ander:

- Eetruimte
- Speelplaats/tuin/recreatieruimte
- Gangen/WC/trappen/lift

Ander:

## OORZAAK SCHADEGEVAL

Aanrijding/botsing

Val

Verwonding

Incident/ruzie

Ander:

## BETROKKENE

Is er een andere persoon, instelling, organisatie betrokken bij dit schadegeval?

Neen

Ja

Verzekerde:

Leerling/student/cursist

Baby/peuter/kind

Personeelslid

Vrijwilliger

Naam:

Onderwijsinstelling/internaat/CLB/kinderdagverblijf/kinderopvang

O Derde:

Naam en adres:

---

Verzekeringsmaatschappij en polisnummer:

---

Bestuurder van een motorvoertuig?  Ja  Neen

## BESCHRIJVING VAN HET SCHADEGEVAL

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## LETSEL/SCHADE

Overlijden

Lichamelijk letsel – Welk lichaamsdeel?

Hoofd en/of nek

Bovenste ledematen

Algemene of veelvuldige  
kwetsuren

Romp en bekken

Onderste ledematen

Tandletsel

Prothese:

Bril

Gehoorapparaat

Andere:

---

Werd de prothese gedragen op het moment van het schadegeval?

Ja  Neen

O Materiële Schade:

O Kledij: \_\_\_\_\_

O Gebouw/lokaal

O Motorrijtuig

O Ski, skistokken,...

O Andere:

\_\_\_\_\_

Is het goed eigendom van de schadelijder?

O Ja

O Neen – Van wie?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## GETUIGEN

Naam en voornaam, adres, telefoonnummer :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## VERBALISERING

Gebeurde er een vaststelling door de politie?

O Neen

O Ja

Werd er een verklaring afgelegd?

O Neen

O Ja – Nummer PV (kopie opsturen)?

\_\_\_\_\_

Opgemaakt te .....op .....20.....

Naam en handtekening

Gebruikmakend van de gegevens die u met dit formulier verzameld heeft, kan u het schadegeval online ingeven via [www.icci.insure](http://www.icci.insure) en bijkomende documenten en/of foto's opladen.

Aan de hand van de door u verstrekte gegevens wordt onmiddellijk een schadedossier aangemaakt en een ontvangstmelding naar u doorgestuurd.

Op deze manier wordt uw schadedossier op een snelle en accurate manier behandeld.

Naam en adres van de verzekeringnemer (school, groepering, instelling):  
 VZW KATH.BASISONDERWIJS OUDENAARDE  
 IM  
 Hoogstraat 30  
 9700 Oudenaarde  
**In te vullen door de school/groepering/instelling:**  
 Naam en voornaam van de gekwetste: .....  
 Klas/Groep: .....  
 Datum van ongeval: .....

**BELANGRIJK BERICHT**

U dient dit geneeskundig getuigschrift door de geneesheer die de gekwetste heeft onderzocht, te laten invullen en er ook de ingevulde uitgavenstaat bij te voegen.

**IN TE VULLEN DOOR DE GENEESHEER**

*Dag, uur en plaats van eerste onderzoek:*.....

**VOLLEDIGE DIAGNOSE VAN DE AANDOENING**  
*Objectieve kentekens (soort, aard en ernst van de kwetsuren en aangetaste delen van het lichaam):* .....

*Subjectieve kentekens opgegeven door de gekwetste:* .....

*Datum en oorsprong van de verwondingen volgens de gekwetste:* .....

*Lijken datum en oorsprong van de verwondingen u correct, gezien de objectieve vaststellingen?* .....

*Zo niet, op welke vaststellingen is uw antwoord gesteund?* .....

*Moet de gekwetste zijn bezigheden geheel of gedeeltelijk stopzetten?* .....

*Op welke datum heeft hij zijn bezigheden moeten stopzetten?* .....

**Prognose:**  
*A – volledig herstel* .....

*B – gedeeltelijke of totaal blijvende onbekwaamheid* .....

*C – overlijden* .....

*Heeft deze gekwetste een reeds aanwezige aandoening die de gevolgen van het ongeval abnormaal verergert?* .....

*Zijn er constante zorgen vereist? Waar en door wie?* .....

*Is het in het belang van de gekwetste om deze in een ziekenhuis te laten opnemen? Waarom?* .....

*Vindt u het nuttig de tussenkomst in te roepen van een andere geneesheer (specialist, chirurg,...)? Waarom?* .....

*Bijzondere opmerkingen:* .....

Opgemaakt te:.....Op.....  
 Naam en adres geneesheer Handtekening geneesheer

Naam en adres van de verzekeringnemer (school, groepering, instelling):

VZW KATH.BASISONDERWIJS OUDENAARDE

IM

Hoogstraat 30

9700 Oudenaarde

**In te vullen door de school/groepering/instelling:**

Naam en voornaam van de gekwetste: .....

Klas/Groep: .....

Datum van ongeval: .....

**BELANGRIJK BERICHT**

De verzekeringsmaatschappij behoudt zich steeds het recht voor een schadegeval aan te nemen of te weigeren. In elk geval is het verplicht, opdat een tussenkomst in overweging zou genomen worden, ons dit formulier ingevuld en ondertekend volgens onderstaande formaliteiten terug te sturen.

- U betaalt zelf de kostennota's die u door de geneesheer, het ziekenhuis, de apotheker, het ziekenvervoer wordt overgemaakt.
- U legt deze nota's voor aan de mutualiteit en u vraagt een attest van vermelding van de terugbetalingen, bestemd voor de verzekeringsmaatschappij.
- Indien u niet bij een mutualiteit bent aangesloten, voert u enkel deel 2 van dit document uit.
- Indien de mutualiteit weigert tussen te komen, voert u deel 2 van dit document uit en voegt u het attest van de mutualiteit met opgave van de reden van weigering toe.

Stoffelijke schade (schade aan kledij, ...) wordt door de waarborg Individuele/Lichamelijke Ongevallen niet gedekt en dient dus niet in deze afrekening te worden opgenomen.

<b>DEEL 1</b>	<p><b>Kosten waarvoor een tussenkomst voorzien is door de mutualiteit.</b>  <i>Gelieve hierbij het attest van tussenkomst in de geneeskundige verstrekkingen, bestemd voor de verzekeringsmaatschappij toe te voegen.</i></p>
<b>DEEL 2</b>	<p><b>Kosten waarvoor geen tussenkomst voorzien is door de mutualiteit.</b>  <i>Gelieve de originele bewijsstukken op te sturen.</i></p>

<p><b>Andere tussenkomst</b> - Is er een tegemoetkoming van ...</p> <p>de hospitalisatieverzekeringen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen</p> <p>de verzekering arbeidsongevallen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen</p> <p>een andere verzekering? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen</p>	
--	--

Ik verzoek de verzekeringsmaatschappij haar tussenkomst te betalen door storting op onderstaande rekening op naam van: .....

IBAN:.....

BIC:.....

Opgemaakt te:.....op..... Handtekening,