

## **Betreft: Informatie ongevalsangifte**

Beste ouder(s)

Uw kind had onlangs een schoolongeval. Hieronder vindt u informatie om de administratie hieromtrent correct af te handelen. Een aangifte omvat drie documenten: ongevalsverklaring, geneeskundig getuigschrift en uitgavenstaat.

1. **Ongevalverklaring:** Dit blad bevat de gegevens van het slachtoffer en de gegevens van het ongeval en wordt door de school en/of de ouders ingevuld. Dit document dient u zo snel mogelijk terug in op school.
2. **Geneeskundig getuigschrift:** Dit blad moet ingevuld worden door de behandelende arts. Dien dit document zo snel mogelijk terug in op school. Soms gebeurt het dat de school al met uw kind langs geweest is bij de dokter. Gelieve daar langs te gaan en de rekening te betalen. Voor uw geval was dit dokter/ziekenhuis:
3. **Uitgavenstaat:** U betaalt zelf de kostennota's die door de arts, het ziekenhuis, de apotheek, ... worden overgemaakt. U legt de nota's van arts, ziekenhuis, ... voor aan de mutualiteit, met de vermelding dat het gaat om een schoolongeval. U krijgt van hen een attest dat u bij de uitgavenstaat voegt. Niet terugbetaalbare kosten vult u zelf in op DEEL 2. Van die kosten voegt u ook de originele bewijsstukken bij de uitgavenstaat. (vb. apotheek, bril, ...).

Door u in te vullen onderaan het blad van de uitgavenstaat:

- De naam waarop de rekening staat waarop de terugbetaling dient te gebeuren.
- De gegevens van de rekening waarop de terugbetaling dient te gebeuren.
- Plaats, datum en handtekening.

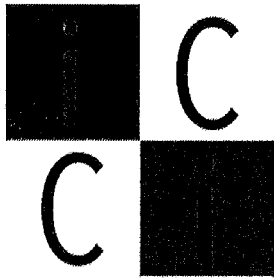
Dit document en alle originele bewijsstukken dient u in op school.

Voor alle vragen of het invullen kunt u steeds op school terecht. Na verloop van tijd krijgt u van de verzekering de kosten terugbetaald. Als dit lang duurt, verwittig de school!

Vriendelijke groeten

Dienst administratie

VERZEKERINGEN



ASSURANCES

## SCHADEFORMULIER

Polisnummer: 11/15318780609



### VERZEKERINGNEMER

VZW Onze-Lieve-Vrouw  
VBS De Ooievaar  
Brugseweg 118  
8920 Langemark-Poelkapelle

Vestigingsplaats verzekeringnemer:

### SCHADEDATUM EN -UUR

Datum:

Uur:

### SCHADELIJDER

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum :

Geslacht: O V O 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
- Buitenschoolse kinderopvang

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
- Passagier
- Ander:
- Fietser
- Bestuurder motorvoertuig

Schoolleven:

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

### ORZAAK 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

Romp en bekken

Onderste ledematen

kwetsuren

Tandletsel

Prothese:

Bril

Gehoorapparaat

Andere:

Werd de prothese gedragen op het moment van het schadegeval?

Ja  Neen

O Materiële Schade:

- Kledij: \_\_\_\_\_
- Gebouw/lokaal
- Motorrijtuig
- Ski, skistokken,...
- Andere: \_\_\_\_\_

Is het goed eigendom van de schadelijder?

- Ja
- Neen – Van wie? \_\_\_\_\_

**GETUIGEN**

Naam en voornaam, adres, telefoonnummer :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VERBALISERING**

Gebeurde er een vaststelling door de politie?

- Neen
- Ja

Werd er een verklaring afgelegd?

Neen

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 Onze-Lieve-Vrouw  
 VBS De Ooievaar  
 Brugseweg 118  
 8920 Langemark-Poelkapelle  
**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 Onze-Lieve-Vrouw  
 VBS De Ooievaar  
 Brugseweg 118  
 8920 Langemark-Poelkapelle  
**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>	<b><i>Kosten waarvoor een tussenkomst voorzien is door de mutualiteit.</i></b> <i>Gelieve hierbij het attest van tussenkomst in de geneeskundige verstrekkingen, bestemd voor de verzekeringsmaatschappij toe te voegen.</i>
<b>DEEL 2</b>	<b><i>Kosten waarvoor geen tussenkomst voorzien is door de mutualiteit.</i></b> <i>Gelieve de originele bewijsstukken op te sturen.</i>

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

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

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





<b>IN TE VULLEN DOOR OPTICIEN</b>	
Ondergetekende Naam :	.....
Adres :	.....
	.....
Verklaart hierbij de bril toebehorende aan onderzocht te hebben en verbind mij ertoe om dit bestek naar waarheid in te vullen.	

Beschadigde bril		
	Montuur	Glazen
Merk en type		
Aankoopdatum	/ /	/ /
Prijs op moment van aankoop		
Aard van de schade		
Herstelling mogelijk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Nog bruikbaar in nieuw montuur?	Niet van toepassing	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen

Nieuwe bril		
	Montuur	Glazen
Merk en type		
Prijs		
Is er tussenkomst van het ziekenfonds?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen

Opgemaakt te .....

Op / /

Handtekening opticien



Gegevens schadelijder

Naam en voornaam: .....
Straat + nr: .....
Postcode + gemeente: .....
Email: .....
Geboortedatum: ..... Geslacht: M / V

Dag, uur en plaats van eerste mondonderzoek ..... datum van het ongeval .... / .... / .....

Klinisch onderzoek

Anamnese: .....
Medicatie: .....
Omschrijving ongeval: .....
Subjectieve klacht: .....

Vastgestelde schade / letsels

Extraoraal: .....
Intraoraal: .....
Avulsie: .....(sub)luxatie: .....
Vulling: .....
Tandfractuur (glazuur / glazuur-dentine ongecompliceerd / gecompliceerd): .....
Wortelfractuur (vertikaal / horizontaal cervicaal / midden / apikaal derde): .....
Tandvleeschade / bloeding: .....
Andere letsels: .....

Uitgevoerde diagnostische onderzoeken

- orthopantomogram
klinische foto's: extraoraal intraoraal
occlusale radiografie
bite wings
apicale radiografie: tandnummer(s):
teleradiografie
studiemodel
andere:
BK OK

Dringende zorgen

Extractie: .....
Spalk: .....
Pulpacapping: .....
Endo: .....
Vulling: .....
Andere: .....



Mondonderzoek

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

tandnummer																
vitaliteit																
mobiliteit																
percussie																
klank																
kleur																

Opmerkingen: .....

.....

.....

Behandelingsplan en begroting kosten

Tandnummer	Behandeling	Kosten
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

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

Naam en adres van de geneesheer: ..... Handtekening geneesheer: .....

Geadresseerde: **IC VERZEKERINGEN nv** Handelsstraat 72 - 1040 Brussel  
 Tel: 02 509 97 75 (rechtstreekse lijn schadebeheer)  
 Fax: 02 509 96 08  
 Email: ongevallen@icci.insure

