

VERZEKERINGEN



ASSURANCES

## SCHADEFORMULIER

Polisnummer:

11/15291240012



### VERZEKERINGNEMER

VZW KATHOLIEKE BASISCHOLEN LIEDEKERKE  
VBS Sint-Gabriël  
St-Gabriëlstraat 152  
1770 Liedekerke

Vestigingsplaats verzekeringnemer:

### SCHADEDATUM EN -UUR

Datum:

Uur:

### SCHADELIJDER

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum :

Geslacht:  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

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/recreatie ruimte
- 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

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:

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



**GENEESKUNDIG GETUIGSCHRIFT**

Polisnummer: 11/15291240012

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

VZW KATHOLIEKE BASISCHOLEN LIEDEKERKE  
 VBS Sint-Gabriël  
 St-Gabriëlstraat 152

1770 Liedekerke

**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:.....	
<b>VOLLEDIGE DIAGNOSE VAN DE AANDOENING</b>	
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

IC Verzekeringen nv – CI Assurances sa

Member of the ECCLESIA Group

Handelsstraat 72 rue du Commerce – Brussel 1040 Bruxelles

T: 32 (0)2 509 96 11 | E: info@icci.insure | www.icci.insure

IBAN BE64 7340 3052 0552 BIC KREDBEBB | ondernemingsnr. 0831.623.164 n° d'entreprise | FSMA 107950 A



**UITGAVENSTAAT**

Polisnummer:11/15291240012

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

VZW KATHOLIEKE BASISCHOLEN LIEDEKERKE  
 VBS Sint-Gabriël  
 St-Gabriëlstraat 152

1770 Liedekerke

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

**Andere tussenkomst** - Is er een tegemoetkoming van ...

de hospitalisatieverzekeringen?

 Ja  Neen

de verzekering arbeidsongevallen?

 Ja  Neen

een andere verzekering?

 Ja  Neen

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

IBAN:.....

BIC:.....

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