|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Deel 1: Opgave van aanvullende****informatie over een arbeidsongeval** | 1F3C8D-000032-C1-01-080411 |  |
| Agentschap voor Onderwijsdiensten**Afdeling Advies en Ondersteuning Onderwijspersoneel - Arbeidsongevallen**Hendrik ConsciencegebouwKoning Albert II-laan 15, 1210 BRUSSELTel. 02 553 65 06 – Fax 02 553 65 25 | *In te vullen door de behandelende afdeling*ontvangstdatum |  |
|  |  |  |
| *Waarvoor dient dit deelformulier?**Met dit deelformulier verschaft u aanvullende inlichtingen over een arbeidsongeval.**Wie vult dit deelformulier in?**De werkgever van het slachtoffer van een arbeidsongeval vult dit formulier in.* |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gegevens van het slachtoffer |
| **1** | Vul de gegevens van het slachtoffer in. |

 voor- en achternaamVoornaamFamilienaam straat en nummer Woonplaats StraatWoonplaats HuisnummerWoonplaats Busnummer postnummer en gemeenteWoonplaats PostcodeWoonplaats Gemeente telefoonnummer Woonplaats TelefoonGSM e-mailadres Mail P1 stamboeknummer Stamboeknummer rijksregisternummer Rijksregisternummer ambt of functie Ambtomschrijving geneeskundig nummer Medisch nummer

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | Wat is de statutaire toestand van het slachtoffer? |

Statuut Indien vast benoemd Ga naar vraag 4, anders vraag 3.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3** | Vul de gegevens in van het ziekenfonds van het slachtoffer. |  |  |
|  | naam | *.........................................* |
|  | straat en nummer | *.........................................* |
|  | postnummer en gemeente | *.........................................* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gegevens van de onderwijsinstelling |
| **4** | Vul de gegevens van uw instelling in. |

 naam Instellingsnaam straat en nummer Instelling straat postnummer en gemeente Instelling postcodeInstelling gemeente telefoonnummer Instelling Telefoon*........................................................................* faxnummer Instelling Fax*........................................................................* e-mailadres Instelling Email*........................................................................* instellingsnummer Instellingsnummer nummer werkstationWS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Gegevens van het ongeval  |  |  |
| **5** | Wanneer heeft het ongeval zich voorgedaan? |  |  |
|  | datum | *..... / ..... / 20.....* |
|  | tijdstip | *..........* uur |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **6** | Bevestigt u de feiten die ingevuld zijn op het formulier *Model A – Aangifte van arbeidsongeval*? |  |  |
|  |  | ja |
|  |  | nee. **Geef uw opmerkingen.** |
|  |  | *.........................................* |
|  |  | *.........................................* |
|  |  | *.........................................* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **7** | Werkt het slachtoffer ook in een andere instelling? |  |  |
|  |  | ja. In welke andere instelling werkt het slachtoffer? |
|  |  | *.........................................* |
|  |  | *.........................................* |
|  |  | nee |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Bij te voegen bewijsstukken |
| **8** | *Voeg bij dit formulier de bewijsstukken die in de onderstaande aankruislijst staan.* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **9** | Kruis alle bewijsstukken aan die u bij dit formulier voegt. |  |  |
|  |  | getuigenverklaring |
|  |  | bij een ongeval op de weg naar of van het werk: de reisweg van de verblijfplaats naar de werkplaats of omgekeerd |
|  |  | bij een verkeersongeval: aanrijdingsformulier of kopie verhoorblad of attest verkeersongeval van de politie |
|  |  | voor contractuele personeelsleden: arbeidsovereenkomst |
|  |  | als het werk- of lesrooster niet van toepassing is: verklaring van de directie |
|  |  | als een derde mogelijk aansprakelijk is voor het ongeval: Deel 2: *Opgave van informatie over een arbeidsongeval met een aansprakelijke derde* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ondertekening |  |  |
| **10** | Vul de onderstaande verklaring in. |  |  |
|  | Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld. |  |  |
|  | plaats | *.........................................* |
|  | datum | *..... / ..... / 20.....* |
|  | handtekening hiërarchische meerdere of instellingshoofd |  |
|  | voor- en achternaam | *.........................................* |
|  | functie | *.........................................* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Aan wie bezorgt u dit formulier? |
| **11** | *Bezorg dit formulier, samen met de aangifteformulieren van het arbeidsongeval (Model A Aangifte van arbeidsongeval en Model B Doktersattest) en de bijbehorende bewijsstukken, aan het Agentschap voor Onderwijsdiensten, waarvan het adres vermeld staat in het formulierhoofd.* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Deel 2: Opgave van informatie over een arbeidsongeval met een aansprakelijke derde** | 1F3C8D-000032-C2-01-080410 |  |
| Agentschap voor Onderwijsdiensten**Afdeling Advies en Ondersteuning Onderwijspersoneel - Arbeidsongevallen**Hendrik ConsciencegebouwKoning Albert II-laan 15, 1210 BRUSSELTel. 02 553 65 06 – Fax 02 553 65 25 | *In te vullen door de behandelende afdeling*ontvangstdatum |  |
|  |  |  |
| *Waarvoor dient dit deelformulier?**Met dit deelformulier verstrekt het slachtoffer van een arbeidsongeval informatie over de partijen die betrokken zijn bij een arbeidsongeval dat veroorzaakt is door een aansprakelijke derde.* |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Gegevens van het ongeval |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | Wie is het slachtoffer? |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *.........................................* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Wanneer heeft het ongeval zich voorgedaan? |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | datum |  |  | *..... / ..... / 20.....* |  |  |  |
|  | tijdstip |  |  | *..........* uur |  |  |  |
| **3** | Vul de gegevens van uw verzekeringsmaatschappij in. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | naam |  |  | *.........................................* |  |  |  |
|  | straat en nummer |  |  | *.........................................* |  |  |  |
|  | postnummer en gemeente |  |  | *.........................................* |  |  |  |
| **4** | Vul uw verzekeringsgegevens in. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | polisnummer |  |  | *.........................................* |  |  |  |
|  | dossiernummer |  |  | *.........................................* |  |  |  |
| **5** | Vermeld de gegevens van de personen die volgens u betrokken waren bij en aansprakelijk zijn voor het ongeval.*Als u een kopie van het aanrijdingsformulier of een kopie van het attest, opgesteld door de politie, met vermelding van de betrokken partijen en hun verzekeringsmaatschappij bij dit formulier voegt, hoeft u vraag 5 en 6 niet in te vullen en gaat u naar vraag 7.* |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **persoon 1** |  |  |  |  | **persoon 2** |
|  | voor- en achternaam | *.........................................* |  |  |  |  | *.........................................* |
|  | straat en nummer | *.........................................* |  |  |  |  | *.........................................* |
|  | postnummer en gemeente | *.........................................* |  |  |  |  | *.........................................* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | Vermeld de verzekeringsgegevens van de bovenvermelde betrokken personen. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **persoon 1** |  |  |  |  | **persoon 2** |
|  | naam verzekerings-maatschappij | *.........................................* |  |  |  |  | *.........................................* |
|  | polisnummer | *.........................................* |  |  |  |  | *.........................................* |
|  | dossiernummer | *.........................................* |  |  |  |  | *.........................................* |
| **7** | Wie is volgens u aansprakelijk voor het ongeval? |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *.........................................* |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *.........................................* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | Vul de gegevens van het proces-verbaal in. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | politiedienst |  |  | *.........................................* |  |  |  |
|  | nummer proces-verbaal |  |  | *.........................................* |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Verbintenisverklaring |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | Ik verbind me ertoe het Agentschap voor Onderwijsdiensten op de hoogte te brengen van alle dagvaardingen en van alle gerechtelijke of buitengerechtelijke akten over het bovenvermelde ongeval binnen 48 uur na de ontvangst ervan.Ik bevestig dat ik, zonder de voorafgaande toestemming van het Agentschap voor Onderwijsdiensten, geen akte van dading of afstand zal ondertekenen waardoor de persoon die verantwoordelijk is voor het ongeval geheel of gedeeltelijk van zijn aansprakelijkheid kan worden ontheven.**Om de Vlaamse overheid en de Belgische Staat toe te laten bij subrogatie de voorgeschoten bedragen terug te vorderen, zal ik elke kwijting of elk akkoord met de derde of zijn verzekeringsmaatschappij slechts ondertekenen na eigenhandig toegevoegd te hebben: "*Onder voorbehoud van alle uitgaven van de Vlaamse overheid en de Belgische Staat ingevolge dit ongeval en waarvoor ik die subrogeer*."** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ondertekening |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | Vul de onderstaande verklaring in. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ik verklaar dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld en ik bevestig de bovenvermelde verbintenisverklaring. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | plaats |  |  |  |  | *.........................................* |  |
|  | datum |  |  |  |  | *..... / ..... / 20.....* |  |
|  | handtekening |  |  |  |  |  |  |

 |