

ONGEVAL VERKLARING

Polisnummer: 99052210222

voor de polis onderwijsinstellingen, groeperingen of instellingen.

Op te sturen binnen aanvaardbare termijn aan:

IC VERZEKERINGEN NV

Handelsstraat 72 – 1040 Brussel

tel 02 509 97 75

fax 02 509 96 08

e-mail: ongevallen@ic-verzekeringen.be

Gedeelte voorbehouden

aan

IC Verzekeringen

BELANGRIJK BERICHT: U bevordert een vlugge afhandeling van uw dossier, wanneer u ons deze ongevalverklaring samen met het geneeskundig getuigschrift en de uitgavenstaat laat geworden

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

VZW KATH.BASISOND. OUDENAARDE

HOOGSTRAAT 30

9700 OUDENAARDE

Datum van ongeval

				2	0				
--	--	--	--	---	---	--	--	--	--

VERZEKERDE	Naam en voornamen																												
	Straat – Nr.																												
	Postcode					Woonplaats																							
	Geboortedatum																												
	INDIEN DE VERZEKERDE MINDERJARIG IS: naam, voornaam en volledig adres van de ouders (indien verschillend van bovenstaand adres)																												
 Tel nr.:e-mail: Rekeningnummer:																												
Welke hoedanigheid heeft de verzekerde in de polis?																													
Leerling <input type="checkbox"/> Leerkracht <input type="checkbox"/> Ander personeel <input type="checkbox"/> Lid groepering <input type="checkbox"/> Vrijwilliger <input type="checkbox"/>																													
Enkel voor onderwijsinstellingen: van welke onderwijstype maakt het slachtoffer deel uit?																													
Kleuterschool <input type="checkbox"/> Basisschool <input type="checkbox"/> Secundair onderwijs <input type="checkbox"/> Hoger onderwijs <input type="checkbox"/> Volwassenenonderwijs <input type="checkbox"/>																													

ONGEVAL	Juiste plaats en uur van het ongeval:																											
	Oorzaken en omstandigheden van het ongeval:																											
																											
	Heeft het ongeval het overlijden van het slachtoffer veroorzaakt? JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>																											
Indien het een verkeersongeval betreft, was het slachtoffer																												
Voetganger <input type="checkbox"/> Fietser <input type="checkbox"/> Passagier <input type="checkbox"/> Bestuurder brommer/motor/auto <input type="checkbox"/> Andere:																												

DERDE	Is er een derde (andere persoon) betrokken bij dit ongeval? JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>																											
	Is deze derde gewond? JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>																											
	Meent u dat deze derde aansprakelijk is? JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>																											
	Verklaar:																											
																											
	Naam en volledig adres van de derde:																											
.....																												
Verzekeringsmaatschappij van de derde: Polisnr.:																												
.....																												
Gebeurde er een vaststelling door de politie? JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/>																												
Werd er een verklaring afgelegd? JA <input type="checkbox"/> (kopie bijvoegen) NEEN <input type="checkbox"/>																												
Nummer PV:																												

Opgemaakt te op20....

Handtekening (hoedanigheid)

Naam en adres van de verzekeringnemer (school, groepering, instelling):
 VZW KATH.BASISOND. OUDENAARDE

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:

Dit ongeval heeft voor u kosten veroorzaakt. U dient dan dit geneeskundig getuigschrift door de geneesheer die uw kind heeft onderzocht, te laten invullen en er tevens de ingevulde uitgavenstaat bij te voegen.

IN TE VULLEN DOOR DE GENEESHEER (gelieve nauwkeurig te antwoorden op de hieronder gestelde vragen)

Dag, uur en plaats van eerste onderzoek

ZEER VOLLEDIGE DIAGNOSE VAN DE AANDOENING

Objectieve kentekens (soort, aard en ernst van de kwetsuren, alsook de aangetaste delen van het lichaam heel juist aanduiden):

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 van aard is de gevolgen van het ongeval abnormaal te verergeren?

Zijn er constante zorgen vereist? Waar en door wie?

Is het in het belang van de gekwetste om deze in een hospitaal te laten opnemen? Waarom?

Oordeelt u het nuttig de tussenkomst in te roepen van een andere geneesheer (specialist, chirurg, radioloog, enz.) en waarom?

Bijzondere opmerkingen:

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@ic-verzekeringen.be

Naam en adres van de verzekeringnemer (school, groepering, instelling):
 VZW KATH.BASISOND.OUDENAARDE

HOOGSTRAAT 30
 9700 OUDENAARDE

In te vullen door de school/groepering/instelling:
 Naam en voornaam van de gekwetste:

 Klas/groep:
 Datum van het 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 onderhevig formulier behoorlijk ingevuld en ondertekend terug te sturen en u hierbij nauwgezet te houden aan de hierna vermelde formaliteiten:

- u betaalt zelf de kostennota's die u door de geneesheer, het ziekenhuis, de apotheker, het ziekenvervoer worden overgemaakt.
- u legt deze nota's voor aan de mutualiteit en u vraagt haar een attest met vermelding van de terugbetalingen, bestemd voor de verzekeringsmaatschappij.
- indien u niet bij een mutualiteit bent aangesloten, vul dan alleen deel 2 van dit document in.
- indien de mutualiteit weigert tussen te komen, vul dan deel 2 van dit document in en voeg het attest van de mutualiteit met opgave van de reden van weigering toe.

De stoffelijke schade (schade aan kledij, fiets of andere goederen) wordt door de waarborg Individuele ongevallen niet gedekt en dient dus niet in deze afrekening te worden opgenomen.

DEEL 1	<p>Kosten waarvoor een tussenkomst voorzien is door de mutualiteit</p> <p>Gelieve hierbij het attest van tussenkomst in de geneeskundige verstrekkingen, bestemd voor de verzekeringsmaatschappij, toe te voegen.</p>																																	
DEEL 2	<p>Kosten waarvoor geen tussenkomst is voorzien door de mutualiteit</p> <p>Gelieve hieronder uw kosten in te vullen, en de originele bewijsstukken (géén kopies) toe te voegen.</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Datum</th> <th style="width: 33%;">Zorgverstrekker of prestatie</th> <th style="width: 33%;">Bedrag van de kosten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr> </tbody> </table>	Datum	Zorgverstrekker of prestatie	Bedrag van de kosten
Datum	Zorgverstrekker of prestatie	Bedrag van de kosten																																
.....																																
.....																																
.....																																
.....																																
.....																																
.....																																
.....																																
.....																																
.....																																
.....																																

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

IBAN:

BIC:

Opgemaakt te op 20.... Handtekening (hoedanigheid)

→Geadresseerde: IC Verzekeringen nv - Handelsstraat 72 – 1040 Brussel
 Tel: 02 509 97 75 (rechtstreekse lijn schadebeheer)
 Fax: 02 509 96 08
 Email: ongevallen@ic-verzekeringen.be