



FORMULIEREN SCHOOLONGEVAL

FORMULIEREN

1. Formulier 'verklaring van de behandelende geneesheer'.
 - Laat dit formulier invullen bij het eerste doktersbezoek.
2. Schadeaangifte formulier
 - Vul volgende rubrieken in:
 - Bovenaan: familienaam en voornaam invullen
 - Rubriek 4: beschrijving van de omstandigheden van het ongeval
 - Rubriek 11: uw rekeningnummer
3. Bezorg beide formulieren aan het schoolsecretariaat.

MEDISCHE ONKOSTEN

U dient eerst alle medische onkosten zelf te betalen. Indien de verzekering het ongeval aanvaardt, betaalt de verzekering jou de gemaakte kosten terug.

Alles wat betreft esthetische schade is niet gedekt (verzorging of behandeling van littekens)

1. Bezorg alle doktersfacturen aan uw mutualiteit. Vraag een verschilstaat (= overzicht waarop staat hoeveel u betaalde en hoeveel de mutualiteit terugbetaalt) en bezorg deze verschilstaat aan het schoolsecretariaat.
2. Moet er medicatie genomen worden? Moet er verband, pleisters... gekocht worden?
 - a. Vraag een bewijs van aankoop in het kader van een verzekeringsdossier aan de apotheker. Geef dit bewijs af aan het schoolsecretariaat.
3. Heeft de arts kinesithérapie, osteopathie of dergelijke voorgeschreven? Moeten er orthopedische toestellen (brace, steunzolen, krukken, rolstoel...) gehuurd of gekocht worden?
 - a. Bezorg een kopie van het voorschrift en de verschilstaat van de mutualiteit aan het secretariaat.

ZIEKENHUISOPNAME/AMBULANCE

U dient eerst de ziekenhuisfactuur zelf te betalen. Indien de verzekering het ongeval aanvaardt, betaalt de verzekering jou de gemaakte kosten terug.

1. Was er een ziekhuisopname?
 - a. Bezorg de **originele** factuur aan de school.
2. Was er ambulancevervoer? (enkel geldig op de dag van het ongeval)
 - a. Bezorg de betalingsbewijzen en de **originele** factuur aan de mutualiteit.
 - b. Bezorg een kopie van de factuur en de verschilstaat van de mutualiteit aan het schoolsecretariaat.

AFSLUITEN DOSSIER

Na een tijdje zal u van de verzekering een brief krijgen om het dossier af te sluiten. Vul deze zelf in of laat deze invullen door uw arts en bezorg deze aan het schoolsecretariaat.

MAAK DIT BLAD LOS VAN HET BUNDELTJE EN HOU HET BIJ.

VERKLARING VAN DE BEHANDELDE GENEESHEER**De heren geneesheren worden vriendelijk verzocht geen der gestelde vragen onbeantwoord te laten.**

1. Naam en voornaam van de patiënt:
2. Datum en uur van het eerste bezoek of de eerste raadpleging	Op/...../..... te h
3. Aard en plaats van de letsels In voorkomend geval, welke zijde beïnvloeden ze? Wat is de huidige gezondheidstoestand van de patiënt? Mag men zijn volledig herstel verwachten? Moet men een blijvende invaliditeit in overweging nemen? Waaruit zou ze bestaan? Is de patiënt geheel of gedeeltelijk ongeschikt om zijn gewone werkzaamheden uit te voeren? <input type="checkbox"/> actieve <input type="checkbox"/> passieve <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> volledig ongeschikt gedurende dagen <input type="checkbox"/> gedeeltelijk ongeschikt gedurende dagen
4. Is er ziekenhuisverpleging (geweest)? Wordt ze voortgezet en waarschijnlijk voor hoelang? Wordt de medische behandeling van de patiënt voortgezet? Werd een gipsverband aangebracht en voor hoelang? Oordeelt u noodzakelijk of waarschijnlijk: - een chirurgische ingreep? - de tussenkomst van een specialist?	<input type="checkbox"/> JA: van/..... tot/..... <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> JA: gedurende dagen <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> JA: gedurende dagen <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN
5. Was de patiënt voor het ongeval reeds gebrekkig of ziek? Zo ja, welke? Werden de gevolgen van het ongeval verzwaard, werd de genezing vertraagd ten gevolge van vooraf bestaande ziekte of gebrekkigheid? Zo ja, om welke reden? Is het ongeval te wijten aan een gebrek van het gestel of een pathologisch gesprek van de patiënt? Zo ja, om welke reden?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN
6. Vereisen uw vaststellingen geen enkel bijzonder voorbehoud of bedenking?
Naam en adres of stempel van de geneesheer	Afgeleverd te, op Handtekening van de geneesheer

Naam kind:

<h2 style="text-align: center;">SCHADEAANGIFTE FORMULIER</h2> <p style="text-align: center;">Dekking individuele ongevallen in het kader van uw aansprakelijkheidspolis</p>
--

N.V MARSH
Herman Debrouxlaan 2
1170 BRUSSEL
Tel: 02/ 674.91.54
t.a.v. Mevr. Léa De Ruyck

1. Algemene informatie

- a. Instelling Naam: KBK, Sint-Jozef
 Adres: Groeningelaan 42a, 8500 Kortrijk
 Tel: 056/22 66 39
 sint.jozef@kbkscholen.be

- b. Polisnummer

- c. Naam en telefoonnummer van de contactpersoon bij de verzekerde
 Sint-Jozef
 Tel: 056/22 66 39

2. Datum (data) van het ongeval en/of de schade-eis

.....

3. Plaats van het ongeval (precies adres)

.....

4. Beschrijving van de omstandigheden van het ongeval

.....

5. Oorzaak van het ongeval

.....

6. Identificatie van het slachtoffer en/of de eisende derde(n)
(adres, telefoon, contactpersoon)

Derde en/of slachtoffer

....
...
...

7. Beschrijving van de schade geleden door het slachtoffer en/of de derde

- 7.1 Lichamelijke schade

.....

- 7.2 Materiële schade

.....

8. Oordeelt u dat uw aansprakelijkheid betrokken is? Zo ja, om welke reden?

.....
.....

9. Zijn er andere partijen die de gedeeltelijke of de volledige aansprakelijkheid kunnen dragen? Zo ja, om welke reden?

.....

10. Eventuele andere bijkomende inlichtingen?

.....

- 11. Rekeningnummer waarop de vergoeding betaald mag worden:**

.... ..

Aangifte gedaan: op
te Kortrijk
door directie

Handtekening: directie