|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Deel 1: Aangifte van een buitendienstongeval | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1F3C8D-003749-BD/1-01-071024 |
|  | | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Agentschap voor Onderwijsdiensten  **Afdeling Advies en Ondersteuning Onderwijspersoneel**  **Buitendienstongevallen**  Hendrik Consciencegebouw  Koning Albert II-laan 15, 1210 BRUSSEL  **T** 02 553 65 06  [ivo.francis@ond.vlaanderen.be](mailto:ivo.francis@ond.vlaanderen.be)  [www.agodi.be](http://www.agodi.be) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *In te vullen door de behandelende afdeling*  ontvangstdatum | |
|  | |
|  | |
|  | | Waarvoor dient dit formulier?*Met dit formulier kunt u een buitendienstongeval aangeven. Een buitendienstongeval is een ongeval dat niet beschouwd kan worden als een arbeidsongeval of als een ongeval op de weg van en naar het werk, waarbij een derde aansprakelijk is voor het ongeval en er een periode van arbeidsongeschiktheid is. Dit formulier bestaat uit twee deelformulieren: Deel 1:* Aangifte van een buitendienstongeval *en Deel 2:* Geneeskundig getuigschrift bij een buitendienstongeval*.*Wie vult dit deelformulier in? *Het personeelslid dat slachtoffer is van het ongeval, en zijn werkgever vullen dit deelformulier in. U laat* Deel 2 *invullen door de behandelende dokter en u voegt het bij dit deelformulier.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | In te vullen door het personeelslid | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Persoonlijke gegevens | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | Vul uw persoonlijke gegevens in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | voor- en achternaam | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | straat en nummer | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | postnummer en gemeente | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | telefoonnummer | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | e-mailadres | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | geboortedatum | | | | | | | | | | dag | | | |  | | | maand | | | |  | | | jaar | |  | |  | | | | | |
|  | | stamboeknummer | | | | | | | | | |  |  |  | | | | | |  | |  | |  |  | |  | | | | | | | | |
|  | | statuut | | | | | | | | | |  | vastbenoemd | | | | | | | | | | | | |  | tijdelijk | | | | |  | contractueel | | |
|  | | ambt of functie | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | Vul de gegevens van uw instelling in.  Het instellingsnummer en het nummer van uw werkstation vindt u op een recent rekeninguittreksel. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | naam | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | straat en nummer | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | postnummer en gemeente | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | telefoonnummer | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | e-mailadres | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **instellingsnummer** | | | | | | | | | |  | | | | | . |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | **nummer werkstation** | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | Werkt u in meer dan één instelling? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | ja. Vul de gegevens van die instelling of instellingen in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | instelling 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | instelling 3 | | | | |
|  | | naam | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
|  | | straat en nummer | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
|  | | postnummer en gemeente | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
|  | | ambt of functie | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
|  | | |  | nee | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Gegevens van het ongeval | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | Waar heeft het ongeval zich voorgedaan?  Vermeld de straat en de gemeente. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | Wanneer heeft het ongeval zich voorgedaan?  Vermeld de datum en het tijdstip. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | Beschrijf bondig de omstandigheden waarin het ongeval zich heeft voorgedaan. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | Beschrijf de letsels die u hebt opgelopen. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | Was u op de dag van het ongeval met vakantie? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | ja | | |  | | nee | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | Was u op de dag van het ongeval afwezig wegens ziekte? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | ja | | |  | | nee | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | Was u op de dag van het ongeval ter beschikking gesteld wegens ziekte? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | ja. Wat is de aanvangsdatum van de terbeschikkingstelling? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | dag | | | |  | maand |  | | | | jaar | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | nee | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | Wat is de begindatum van uw arbeidsongeschiktheid als gevolg van het ongeval? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | dag | | | |  | maand |  | | | | jaar | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | Tot wanneer bent u vermoedelijk arbeidsongeschikt? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | dag | | | |  | maand |  | | | | jaar | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | Vermeld de gegevens van uw verzekeringsmaatschappij. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | naam | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | straat en nummer | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | postnummer en gemeente | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | Vermeld uw verzekeringsgegevens. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | polisnummer | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | dossiernummer | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | Vermeld de gegevens van de personen die volgens u betrokken waren bij en aansprakelijk zijn voor het ongeval. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | persoon 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | persoon 2 | | | | |
|  | | voor- en achternaam | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
|  | | straat en nummer | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
|  | | postnummer en gemeente | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | Vermeld de verzekeringsgegevens van de bovenvermelde betrokken personen. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | persoon 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | persoon 2 | | | | |
|  | | naam verzekerings-maatschappij | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
|  | | polisnummer | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
|  | | dossiernummer | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | Wie is volgens u aansprakelijk voor het ongeval? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | Vul de gegevens van het proces-verbaal in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | politiedienst | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | nummer proces-verbaal | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Subrogatieverklaring | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | Ik subrogeer het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming, vertegenwoordigd door de Vlaamse minister van Onderwijs, in al mijn eventuele rechten en vorderingen tegen alle personen die aansprakelijk zijn voor het bovenvermelde ongeval, voor het bedrag van de wedde dat aan mij betaald is als voorschot voor de periode van mijn arbeidsongeschiktheid. Onder *wedde* worden de activiteitswedde, de haard- en standplaatstoelage, alle andere toelagen en het vakantiegeld verstaan.  Ter uitvoering van artikel 9 (vastbenoemde personeelsleden), artikel 18 (tijdelijke personeelsleden) of artikel 22 (contractuele personeelsleden) van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 februari 2008 betreffende het ziekteverlof, het verlof voor verminderde prestaties wegens ziekte en de terbeschikkingstelling wegens ziekte voor bepaalde personeelsleden van het onderwijs en de centra voor leerlingenbegeleiding, draag ik mijn schuldvordering op de derde die aansprakelijk is voor het ongeval, over aan het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming.  Met deze subrogatieverklaring behoud ik het recht van bijkomend verhaal tegen derden die het bovenvermelde ongeval hebben veroorzaakt of er burgerlijk aansprakelijk voor zijn. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Verbintenisverklaring | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Ondertekening | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | Vul de onderstaande verklaring in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Ik verklaar dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld en ik bevestig de bovenvermelde subrogatieverklaring en verbintenisverklaring. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | datum | | | | | | | | | | dag | | | |  | | | maand | | | |  | | | jaar | |  | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | plaats | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | handtekening | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Aan wie bezorgt u dit formulier? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | Stuur dit deelformulier, samen met Deel 2: Geneeskundig getuigschrift bij een buitendienstongeval, naar het Agentschap voor Onderwijsdiensten, waarvan het adres vermeld staat in het formulierhoofd. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | In te vullen door de werkgever | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | Vul de onderstaande verklaring in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Ik bevestig dat het personeelslid het buitendienstongeval aan mij gemeld heeft. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | datum | | | | | | | | | | dag | | | |  | | | maand | | | |  | | | jaar | |  | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | plaats | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | handtekening | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | voor- en achternaam | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Deel 2: Geneeskundig getuigschrift bij een buitendienstongeval | | | | | | | | | | | | 1F3C8D-003749-BD/2-01-071024 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | | | |
|  | Agentschap voor Onderwijsdiensten  **Afdeling Advies en Ondersteuning Onderwijspersoneel**  **Buitendienstongevallen**  Hendrik Consciencegebouw  Koning Albert II-laan 15, 1210 BRUSSEL  **T** 02 553 65 06  [ivo.francis@ond.vlaanderen.be](mailto:ivo.francis@ond.vlaanderen.be)  [www.agodi.be](http://www.agodi.be) | | | | | | | | | | | *In te vullen door de behandelende afdeling*  ontvangstdatum | |
|  | |
|  | |
|  | *Waarvoor dient dit deelformulier?* *Met dit deelformulier stelt de behandelende dokter het letsel en de arbeidsongeschiktheid van het slachtoffer van een buitendienstongeval vast. Dit deelformulier moet gevoegd worden bij* Deel 1:Aangifte van een buitendienstongeval*.* | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | Persoonlijke gegevens | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam | | | |  | | | | | | | | |
|  | straat en nummer | | | |  | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van het slachtoffer | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam | | | |  | | | | | | | | |
|  | straat en nummer | | | |  | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van het ongeval | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | datum | | | | dag |  | maand |  | jaar |  |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | aard van het letsel | | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van de arbeidsongeschiktheid | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | Het slachtoffer is volledig arbeidsongeschikt. | | | | | | | | | | | | |
|  |  | ja |  | nee | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | Het slachtoffer kan zijn werk helemaal of gedeeltelijk voortzetten. | | | | | | | | | | | | |
|  |  | ja |  | nee | | | | | | | | | |
|  | begindatum | | | | dag |  | maand |  | jaar |  |  | | |
|  | vermoedelijke einddatum | | | | dag |  | maand |  | jaar |  |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |
|  | Ondertekening | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | Druk in het vak hiernaast uw doktersstempel af. | | | | | | | |  |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | plaats |  | | | | | |  |
|  | handtekening |  | | | | | |  |