|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Aangifte van een arbeidsongeval bij een andere werkgever | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1F3C8D-005297-01-120406 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Agentschap voor Onderwijsdiensten  **Afdeling Advies en Ondersteuning Onderwijspersoneel - Arbeidsongevallen**  **Hendrik Consciencegebouw**  Koning Albert II-laan 15 bus 139, 1210 BRUSSEL  **T** 02 553 65 06  [arbeidsongevallen.agodi@vlaanderen.be](mailto:arbeidsongevallen.agodi@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 arbeidsongeval aangeven dat heeft plaatsgevonden bij een andere werkgever, die geen gesubsidieerde of gefinancierde onderwijsinstelling is. De dagen die de arbeidsongevallenverzekeraar terugbetaalt, worden niet beschouwd als ziektedagen.* *Wie vult dit formulier in?* *Het personeelslid dat slachtoffer is van het arbeidsongeval, en zijn werkgevers vullen dit formulier in.* *Aan wie bezorgt u dit formulier?* *Stuur dit formulier naar het Agentschap voor Onderwijsdiensten, waarvan het adres vermeld staat in het formulierhoofd.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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 onderwijsinstelling 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 onderwijsinstelling? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | 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 | Vul de gegevens van uw andere werkgever in.  *Een andere werkgever is geen gesubsidieerde of gefinancierde onderwijsinstelling.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | naam | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | straat en nummer | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | telefoonnummer | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | e-mailadres | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | uw functie bij de andere werkgever | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Waar heeft het ongeval zich voorgedaan?  *Vermeld de straat en de gemeente.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Wanneer heeft het ongeval zich voorgedaan?  *Vermeld de datum en het tijdstip.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Beschrijf bondig de omstandigheden waarin het ongeval zich heeft voorgedaan. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Beschrijf de letsels die u hebt opgelopen. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Wat is de begindatum van uw arbeidsongeschiktheid als gevolg van het arbeidsongeval? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | dag |  | | maand | |  | jaar | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Tot wanneer bent u vermoedelijk arbeidsongeschikt? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | dag |  | | maand | |  | jaar | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Vermeld de gegevens van de verzekeraar van het arbeidsongeval. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | naam | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | straat en nummer | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Vermeld uw verzekeringsgegevens. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | polisnummer | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | dossiernummer | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Is het ongeval erkend als een arbeidsongeval? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | ja |  | | nee | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Subrogatieverklaring | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Ik subrogeer het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming, vertegenwoordigd door de Vlaamse minister van Onderwijs, in al mijn eventuele rechten en vorderingen ten aanzien van het bovenvermelde arbeidsongeval, voor het bedrag van het salaris dat aan mij betaald is als voorschot op de door de arbeidsongevallenverzekeraar verschuldigde vergoeding voor de periode van mijn arbeidsongeschiktheid. Onder *salaris* worden de activiteitswedde, de haard- en standplaatstoelage, alle andere toelagen en het vakantiegeld verstaan.  Ter uitvoering van artikel 9, §2 (vastbenoemde personeelsleden), artikel 18, §2 (tijdelijke 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 arbeidsongevallenverzekeraar van het bovenvermelde arbeidsongeval over aan het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ondertekening | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Vul de onderstaande verklaring in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ik verklaar dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld en ik bevestig de bovenvermelde subrogatieverklaring. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | datum | | | | | | | dag | |  | | | | | | maand | | |  | | | jaar | |  | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | handtekening | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
|  | In te vullen door de onderwijsinstelling | | | | | | | |
| 16 | Vul de onderstaande verklaring in. | | | | | | | |
|  | Ik bevestig dat het personeelslid het arbeidsongeval aan mij gemeld heeft. | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | | | | | | | | |
|  | handtekening |  | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | In te vullen door de andere werkgever | | | | | | | |
| 17 | Vul de onderstaande verklaring in. | | | | | | | |
|  | Ik bevestig dat het personeelslid het arbeidsongeval aan mij gemeld heeft en dat het aangegeven is bij de vermelde arbeidsongevallenverzekering. | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | | | | | | | | |
|  | handtekening |  | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | **Privacywaarborg** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **18** | *AGODI verwerkt uw persoonsgegevens in het kader van het algemeen belang voor de afhandeling van uw arbeidsongeval. Als u niet wilt dat we uw gegevens verwerken, kunt u dat melden door te mailen naar* [*dpo.agodi@ond.vlaanderen.be*](mailto:dpo.agodi@ond.vlaanderen.be)*. We kunnen u dan mogelijk de dienst die u vraagt, niet verstrekken. U kunt ook altijd mailen om te vragen welke persoonsgegevens we verwerken en u kunt ze laten verbeteren of verwijderen. We vragen dan een bewijs van uw identiteit zodat we uw gegevens niet meedelen aan iemand die er geen recht op heeft. Als u vragen hebt over de manier waarop we uw gegevens verwerken, kunt u contact opnemen met de* [*dienst arbeidsongevallen*](mailto:arbeidsongevallen.agodi@vlaanderen.be)*. Bent u het niet eens met de manier waarop we uw gegevens verwerken, dan kunt u zich wenden tot de bevoegde toezichthoudende autoriteit. Ons beleid op het vlak van gegevensverwerking vindt u op* [*http://www.agodi.be/over-ons/privacyverklaring*](http://www.agodi.be/over-ons/privacyverklaring)*.* | | | | | | | |