|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Gegevens van een schadegeval in het kader van wettelijke subrogatie** | | |
|  | ***Waarom krijgt u dit formulier toegestuurd?***  *In uw dossier is sprake van een schadegeval. Wij hebben meer informatie nodig over dat schadegeval om de invloed ervan op uw handicap te kunnen beoordelen.*  ***Waarvoor dient dit formulier?***  *Met dit formulier bezorgt u aan het VAPH alle gegevens over het schadegeval waarvan sprake is in uw dossier.* | | |
|  | **Uw gegevens** | | |
| **1** | **Vul uw gegevens in.** | | |
|  | officiële voornamen | |  |
|  | achternaam | |  |
|  | dossiernummer | |  |
|  | rijksregisternummer | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | **Gegevens van het schadegeval** | | |
| **2** | **Kruis aan om welk soort schadegeval het gaat.** | | |
|  |  | verkeersongeval. *Ga naar vraag 3.* | |
|  |  | arbeidsongeval. *Ga naar vraag 8.* | |
|  |  | arbeidsongeval op weg naar of van het werk. *Ga naar vraag 12.* | |
|  |  | beroepsziekte. *Ga naar vraag 19.* | |
|  |  | medische fout. *Ga naar vraag 21.* | |
|  |  | ander schadegeval (bijvoorbeeld een sportongeval, een misdrijf, een ongeval met dieren, zaken, gebouwen, brand, rampen). *Ga naar vraag 26.* | |
|  | **Verkeersongeval** | | | |
| **3** | **Wanneer is uw verkeersongeval gebeurd?** | | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4** | **Omschrijf wat er precies gebeurd is.** | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| **5** | **Is er een persoon of een instantie die (deels) aansprakelijk kan worden gesteld voor uw schadegeval?** | | |
|  |  | ja. *Ga naar vraag 6.* | |
|  |  | nee. **Omschrijf waarom niemand aansprakelijk kan worden gesteld voor uw schadegeval.**  *Ga vervolgens naar vraag 31.* | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| **6** | **Vul de gegevens in van de aansprakelijke derde.** | | |
|  | voor- en achternaam | |  |
|  | straat en huisnummer | |  |
|  | postcode en gemeente | |  |
| **7** | **Vul de gegevens in van de verzekeringsmaatschappij van de aansprakelijke derde.**  *Ga vervolgens naar vraag 31.* | | |
|  | naam | |  |
|  | straat en huisnummer | |  |
|  | postcode en gemeente | |  |
|  | dossierbeheerder | |  |
|  | dossiernummer | |  |
|  | telefoonnummer | |  |
|  | e-mailadres | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Arbeidsongeval** | |
| **8** | **Wanneer is uw arbeidsongeval gebeurd?** | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | |
| **9** | **Omschrijf wat er precies gebeurd is.** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **10** | **Vul de gegevens in van uw werkgever ten tijde van uw arbeidsongeval.** | |
|  | naam |  |
|  | straat en huisnummer |  |
|  | postcode en gemeente |  |
| **11** | **Vul de gegevens in van de arbeidsongevallenverzekeraar die u moet vergoeden.**  *Ga vervolgens naar vraag 31.* | |
|  | naam |  |
|  | straat en huisnummer |  |
|  | postcode en gemeente |  |
|  | dossierbeheerder |  |
|  | dossiernummer |  |
|  | telefoonnummer |  |
|  | e-mailadres |  |
|  | **Arbeidsongeval op weg naar of van het werk** | |
| **12** | **Wanneer is uw arbeidsongeval gebeurd?** | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **13** | **Omschrijf wat er precies gebeurd is.** | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| **14** | **Vul de gegevens in van uw werkgever ten tijde van uw arbeidsongeval.** | | |
|  | naam | |  |
|  | straat en huisnummer | |  |
|  | postcode en gemeente | |  |
| **15** | **Vul de gegevens in van de arbeidsongevallenverzekeraar die u moet vergoeden.** | | |
|  | naam | |  |
|  | straat en huisnummer | |  |
|  | postcode en gemeente | |  |
|  | dossierbeheerder | |  |
|  | dossiernummer | |  |
|  | telefoonnummer | |  |
|  | e-mailadres | |  |
| **16** | **Is er een persoon of een instantie die (deels) aansprakelijk kan worden gesteld voor uw schadegeval?** | | |
|  |  | ja. *Ga naar vraag 17.* | |
|  |  | nee. **Omschrijf waarom niemand aansprakelijk kan worden gesteld voor uw schadegeval.**  *Ga vervolgens naar vraag 31.* | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **17** | **Vul de gegevens in van de aansprakelijke derde.** | |
|  | voor- en achternaam |  |
|  | straat en huisnummer |  |
|  | postcode en gemeente |  |
| **18** | **Vul de gegevens in van de verzekeringsmaatschappij van de aansprakelijke derde.**  *Ga vervolgens naar vraag 31.* | |
|  | naam |  |
|  | straat en huisnummer |  |
|  | postcode en gemeente |  |
|  | dossierbeheerder |  |
|  | dossiernummer |  |
|  | telefoonnummer |  |
|  | e-mailadres |  |
|  | **Beroepsziekte** | |
| **19** | **Aan welke beroepsziekte lijdt u?** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **20** | **Vul de gegevens in van uw dossier bij het Fonds voor Beroepsziekten.**  *Ga vervolgens naar vraag 31.* | |
|  | dossierbeheerder |  |
|  | dossiernummer |  |
|  | telefoonnummer |  |
|  | e-mailadres |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Medische fout** | | |
| **21** | **Wanneer bent u het slachtoffer geworden van een medische fout?** | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | | |
| **22** | **Omschrijf wat er precies gebeurd is.** | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| **23** | **Is er een persoon of een instantie die (deels) de schade van de medische fout kan vergoeden?** | | |
|  |  | ja. *Ga naar vraag 24.* | |
|  |  | nee. **Omschrijf waarom niemand de schade van de medische fout kan vergoeden.**  *Ga vervolgens naar vraag 31.* | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| **24** | **Vul de gegevens in van de aansprakelijke derde.** | | |
|  | voor- en achternaam | |  |
|  | straat en huisnummer | |  |
|  | postcode en gemeente | |  |
| **25** | **Vul de gegevens in van de verzekeringsmaatschappij van de aansprakelijke derde.**  *Ga vervolgens naar vraag 31.* | | |
|  | naam | |  |
|  | straat en huisnummer | |  |
|  | postcode en gemeente | |  |
|  | dossierbeheerder | |  |
|  | dossiernummer | |  |
|  | telefoonnummer | |  |
|  | e-mailadres | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ander schadegeval** | | |
| **26** | **Wanneer is uw schadegeval voorgevallen?** | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | | |
| **27** | **Omschrijf wat er precies gebeurd is.** | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| **28** | **Is er een persoon of een instantie die (deels) aansprakelijk kan worden gesteld voor uw schadegeval?** | | |
|  |  | ja. *Ga naar vraag 29.* | |
|  |  | nee. **Omschrijf waarom niemand aansprakelijk kan worden gesteld voor uw schadegeval.**  *Ga vervolgens naar vraag 31.* | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| **29** | **Vul de gegevens in van de aansprakelijke derde.** | | |
|  | voor- en achternaam | |  |
|  | straat en huisnummer | |  |
|  | postcode en gemeente | |  |
| **30** | **Vul de gegevens in van de verzekeringsmaatschappij van de aansprakelijke derde.** | | |
|  | naam | |  |
|  | straat en huisnummer | |  |
|  | postcode en gemeente | |  |
|  | dossierbeheerder | |  |
|  | dossiernummer | |  |
|  | telefoonnummer | |  |
|  | e-mailadres | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Algemene vragen** | | |
| **31** | **Doet u een beroep op een advocaat of een organisatie of hebt u er een beroep op gedaan om uw belangen te behartigen?**  *Het kan bijvoorbeeld gaan om een vakbond of een rechtsbijstandsverzekering.* | | |
|  |  | ja. **Vul de gegevens van die advocaat of organisatie in.** | |
|  | voor- en achternaam | |  |
|  | contactpersoon | |  |
|  | straat en huisnummer | |  |
|  | postcode en gemeente | |  |
|  | e-mailadres | |  |
|  | telefoonnummer | |  |
|  | dossierbeheerder | |  |
|  | dossiernummer | |  |
|  |  | nee. *Breng het VAPH meteen op de hoogte zodra u wel een beroep doet op iemand anders om uw belangen te behartigen. Bezorg in dat geval de naam en de contactgegevens van die persoon of organisatie aan het VAPH.* | |
| **32** | **Welke stappen hebt u tot nog toe ondernomen om van een andere partij een vergoeding te krijgen?**  *Die andere partij kan een verzekeringsmaatschappij, arbeidsongevallenverzekeraar, fonds voor beroepsziektes enzovoort zijn.* | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| **33** | **Is er al een regeling getroffen met een andere partij?**  *Het kan gaan om een dading, minnelijke schikking, uitspraak van een rechtbank enzovoort.* | | |
|  |  | ja. ***Voeg een kopie van dat document bij dit formulier.*** | |
|  |  | nee | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **34** | | **Hebt u van een andere partij al een effectieve betaling ontvangen?**  *Het kan bijvoorbeeld gaan om provisie van de verzekeringsmaatschappij.* | | | | | | | |
|  | |  | ja. **Geef een verduidelijking.** | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | |
|  | |  | nee | | | | | | |
| **35** | | **Is het in dit formulier beschreven schadegeval volgens u, eventueel gedeeltelijk, de oorzaak van uw handicap?** | | | | | | | |
|  | |  | ja | | | | | | |
|  | |  | nee. **Omschrijf wat volgens u de oorzaak van uw handicap is.** | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | |
|  | | **Ondertekening en toestemming voor de uitwisseling van gegevens** | | | | | | | |
| **36** | | **Vul de onderstaande verklaring in.** | | | | | | | |
|  | | **Ik geef toestemming aan het VAPH om alle relevante administratieve en medische gegevens over de verleende vergoedingen voor het schadegeval dat is aangekruist in vraag 2 op te vragen bij de betrokken verzekeringsmaatschappijen en advocaten die opgenomen zijn in deze vragenlijst, of die gegevens aan hen te bezorgen.**  *Het doel van de overdracht is te zorgen voor een vlot en praktisch beheer van uw dossier, zodat het VAPH de aan u verleende vergoedingen kan terugvorderen van de betrokken verzekeringsmaatschappij.*  *U kunt deze toestemming altijd intrekken. In dat geval kan het VAPH u geen verdere vergoedingen verlenen en kan het de verleende vergoedingen van u terugvorderen.* | | | | | | | |
|  | | datum | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | | | | | |
|  | | handtekening | |  | | | | | |
|  | | voor- en achternaam | |  | | | | | |
|  | | hoedanigheid | |  | persoon met een handicap | |  |  | wettelijk vertegenwoordiger |
|  | **Waar kunt u terecht met vragen?** | | | | | | | | |
| **37** | *Contacteer het VAPH via www.vaph.be/hebt-u-een-vraag of op het nummer 02 249 30 00.* | | | | | | | | |
|  | | **Aan wie bezorgt u dit formulier?** | | | | | | | |
| **38** | | *U kunt dit formulier op twee manieren indienen.*   * *Ofwel laadt u het formulier samen met de bijlagen op in het e-loket mijn.vaph.be (via het tabblad ‘Documenten > Verzonden documenten’)* * *Ofwel bezorgt u het formulier en de bijlagen op het onderstaande postadres. Het postadres is voor alle provinciale kantoren hetzelfde.* | | | | | | | |
|  | | ***VAPH – Provinciaal kantoor Antwerpen***  *Koning Albert II-laan 15 bus 320*  *1210 Brussel* | | | | ***VAPH – Provinciaal kantoor Hasselt***  *Koning Albert II-laan 15 bus 320*  *1210 Brussel* | | | |
|  | | ***VAPH – Provinciaal kantoor Gent***  *Koning Albert II-laan 15 bus 320*  *1210 Brussel* | | | | ***VAPH – Provinciaal kantoor Leuven***  *Koning Albert II-laan 15 bus 320*  *1210 Brussel* | | | |
|  | | ***VAPH – Provinciaal kantoor Brugge***  *Koning Albert II-laan 15 bus 320*  *1210 Brussel* | | | |  | | | |
|  | | **Privacywaarborg** | | | | | | | |
| **39** | | *De gegevens die u aan het VAPH bezorgt, worden door het VAPH opgeslagen en bijgehouden. Ze worden alleen gebruikt voor de uitoefening van het wettelijk subrogatierecht, overeenkomstig het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.  U kunt uw gegevens op elk moment inkijken en zo nodig de verbetering ervan aanvragen. Als u vragen hebt over de manier waarop we uw gegevens verwerken, kunt u contact opnemen met onze functionaris voor gegevensbescherming via privacy@vaph.be.* | | | | | | | |