

## 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 .....

**Arbidsongeval 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](http://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](http://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 Gent**

*Koning Albert II-laan 15 bus 320  
1210 Brussel*

**VAPH – Provinciaal kantoor Brugge**

*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 Leuven**

*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](mailto:privacy@vaph.be).*