|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Deel 1: Aangifte van een buitendienstongeval | | | | | | | | | | DCPA-200723 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | |
|  | Agentschap Overheidspersoneel  **Dienstencentrum Personeelsadministratie**  Havenlaan 88 bus 38, 1000 BRUSSEL  **T** 02 553 60 00  [vlaanderen.be/intern/dienstencentrum-personeelsadministratie](file:///C:\Users\raveydva\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Outlook\DS9B38SH\vlaanderen.be\intern\dienstencentrum-personeelsadministratie) | | | | | | | | | *In te vullen door de behandelende afdeling*  ontvangstdatum | |
|  | |
|  | |
|  | ***Waarvoor dient dit formulier?***  Met dit formulier kun je als personeelslid binnen de Vlaamse overheid een buitendienstongeval, ofwel een privaat ongeval aangeven, waarbij een derde aansprakelijk is voor het ongeval en er een periode van arbeidsongeschiktheid is. De aangifte formulier bestaat uit twee delen:   * ‘Deel 1: Aangifte van een buitendienstongeval’, in te vullen door het personeelslid en de werkgever. * ‘Deel 2: Geneeskundig getuigschrift bij een buitendienstongeval’, in te vullen door de behandelende arts.   Meer informatie vind je op de webpagina [overheid.vlaanderen.be/personeel/welzijn/privaat-ongeval-door-derde](https://overheid.vlaanderen.be/personeel/welzijn/privaat-ongeval-door-derde). | | | | | | | | | | |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | In te vullen door het personeelslid | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | Persoonlijke gegevens | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 1 | Vul hieronder je persoonlijke gegevens in. | | | | | | | | | | |
|  | Vlimpersnummer |  | | | | | | | | | |
|  | rijksregisternummer |  |  |  |  |  |  | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | | | | |
|  | straat en nummer |  | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente |  | | | | | | | | | |
|  | telefoonnummer |  | | | | | | gsm-nummer |  | | |
|  | e-mailadres |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 2 | Vul hieronder de gegevens van je organisatie in. | | | | | | | | | | |
|  | naam |  | | | | | | | | | |
|  | straat en nummer |  | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente |  | | | | | | | | | |
|  | telefoonnummer |  | | | | | | faxnummer |  | | |
|  | e-mailadres |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Gegevens van het ongeval | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Vul hieronder de gegevens over het ongeval in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | datum | | | dag | |  | | maand | | |  | | | jaar | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | tijdstip | | | uur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | straat en nummer | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | nummer proces-verbaal | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | politiedienst | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | omstandigheden | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | letsels | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | aansprakelijke volgens jou | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Vul hieronder de gegevens over je persoonlijke situatie in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | dag van het ongeval | | |  | Ik was met vakantie. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | Ik was afwezig wegens ziekte. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | Ik was in verlof voor opdracht, sinds: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | dag |  | | | maand | |  | | jaar | |  | |
|  | arbeidsongeschiktheid : van | | | dag | |  | | maand | |  | | | jaar | | |  | | | tot en met | | | | | | | dag |  | | maand | |  | | jaar | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Vul hieronder de gegevens van je verzekeringsmaatschappij in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | naam verzekeringsmaatschappij | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | straat en nummer | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | polisnummer | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | dossiernummer | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Vul hieronder de gegevens van de betrokken en aansprakelijke personen in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | persoon 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | persoon 2 | | | | | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | straat en nummer |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | naam verzekering |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | polisnummer |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | dossiernummer |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ondertekening | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | **Vul de onderstaande verklaring in.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ik subrogeer de werkgever, vertegenwoordigd door de functioneel bevoegde Vlaamse minister, 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.  Ik draag mijn schuldvordering op de derde die aansprakelijk is voor het ongeval, over aan de werkgever.  Met deze subrogatieverklaring behoud ik het recht van bijkomend verhaal tegen derden die het bovenvermelde ongeval hebben veroorzaakt of er burgerlijk aansprakelijk voor zijn. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ik verbind me ertoe het Dienstencentrum Personeelsadministratie 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 Dienstencentrum Personeelsadministratie 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ik verklaar dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld en ik bevestig de bovenvermelde subrogatieverklaring en verbintenisverklaring. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | datum | | | dag | | |  | | maand | | |  | | | jaar | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | handtekening | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | In te vullen door de werkgever | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ondertekening | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Vul de onderstaande verklaring in.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ik bevestig dat het personeelslid het buitendienstongeval aan mij gemeld heeft. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | datum | | | dag | | |  | | maand | | |  | | | jaar | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | handtekening | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |