



**Fonds voor de Medische Ongevallen**

**Tervurenlaan 211**

**1150 Brussel**

Het formulier in bijlage dient om u te helpen een aanvraag bij het Fonds voor de Medische Ongevallen in te dienen.

Vul aub in met donkerblauwe of zwarte inkt.

Gelieve indien mogelijk alle vragen te beantwoorden en het ondertekende formulier aangetekend te sturen naar het hierboven vermelde adres.

**ADVIESAANVRAAG VOOR HET FONDS VOOR DE MEDISCHE  
ONGEVALLEN BETREFFENDE DE VERGOEDING VAN SCHADE TEN  
GEVOLGE VAN GEZONDHEIDSZORG**

**Tenzij anders vermeld dienen alle rubrieken van dit formulier ingevuld te worden**

**Kruis het vakje aan dat overeenkomt met uw situatie :**

**Aanvraag voor de patiënt**

U bent de patiënt(e) die meent schade te hebben geleden

↳ *Alleen Rubrieken I, II, IV, V, VII en VIII in te vullen*

U bent de wettelijke vertegenwoordiger<sup>1</sup> of rechtsopvolger<sup>2</sup> van de patiënt, die een aanvraag indient voor de patiënt(e)

U bent de mandataris<sup>3</sup> van de patiënt die een aanvraag indient voor de patiënt(e)

↳ *(u dient in dit geval het document "aanduiding mandataris", te vinden in rubriek VI, verplicht in te vullen)*

\_\_\_\_\_ **EN/OF** \_\_\_\_\_

**Aanvraag voor een andere persoon dan de patiënt die meent  
schade te hebben geleden**

U bent de rechtsopvolger<sup>4</sup> van de patiënt(e) die zelf meent schade te hebben geleden

U bent de naaste<sup>5</sup>, van de patiënt(e), die zelf meent schade te hebben geleden

Andere : .....

<sup>1</sup> Om in de plaats van de patiënt op te treden. Bijvoorbeeld de ouders of voogd van een minderjarige patiënt of bijvoorbeeld een vrederechter indien het gaat om een comapatiënt.

<sup>2</sup> Om in de plaats van de overleden patiënt op te treden. Een rechtsopvolger is namelijk een persoon die via zijn rechtsvoorganger (bv ouder) een recht kan uitoefenen, zoals bijvoorbeeld de kinderen van de overleden patiënt.

<sup>3</sup> Om in de plaats van de patiënt op te treden. Het betreft de persoon door u aangesteld om uw belangen te behartigen bv persoon bij de mutualiteit, vzw of advocaat. U dient het formulier - rubriek VI - in te vullen en te ondertekenen. Dit formulier geldt niet voor advocaten.

<sup>4</sup> Persoon die optreedt voor zichzelf, bijvoorbeeld echtgeno(o)t(e), kind..., in geval van overlijden van de patiënt.

<sup>5</sup> Persoon die optreedt voor zichzelf. Naasten zijn bijvoorbeeld personen die bij de patiënt inwonen en indirect schade menen te hebben geleden door bijvoorbeeld het wegvallen van het inkomen van de patiënt.





## II – INFORMATIE BETREFFENDE DE PATIËNT(E)

Deel II. van dossier : **altijd in te vullen**

NAAM (in drukletters) : .....
Voornaam(voornamen) : .....
Geslacht : <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk
Geboortedatum : ..... / ..... / .....    Geboorteplaats : .....
Burgerlijke staat :
<input type="checkbox"/> Alleenstaand <input type="checkbox"/> Getrouwd <input type="checkbox"/> Wettelijk samenwonend
<input type="checkbox"/> Weduwnaar/weduwe <input type="checkbox"/> Gescheiden <input type="checkbox"/> Andere (te preciseren).....
Nationaliteit : .....
Rijksregisternummer : _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _
<b>Domicilie / contactadres</b>
Straat + nummer : .....
Postcode : .....    Woonplaats : .....
Land : .....
Telefoon (bereikbaar tijdens kantooruren): .....
E-mail : .....@.....
<b>Mutualiteit</b>
Naam van de mutualiteit van de patiënt : .....
Straat + nummer : .....
Postcode : .....    Plaats : .....
Lidnummer van de mutualiteit : .....
<b>Eventuele verzekeringsovereenkomsten die de schade volledig of een deel kunnen vergoeden (zelfs indien de patiënt(e) overleden is)</b>
<input type="checkbox"/> Hospitalisatieverzekering
Naam van de verzekeraar    :
Polisnummer :
<input type="checkbox"/> Rechtsbijstandverzekering
Naam van de verzekeraar    :
Polisnummer :
<input type="checkbox"/> Uitvaartverzekering

Naam van de verzekeraar :  
 Polisnummer :

Verzekering gewaarborgd inkomen

Naam van de verzekeraar :  
 Polisnummer :

Ongevallenverzekering

Naam van de verzekeraar :  
 Polisnummer :

Andere (te preciseren) : .....

Naam van de verzekeraar : .....  
 Polisnummer : .....

**Hoeveel personen ten laste<sup>6</sup> (bijvoorbeeld : kinderen, broers/zussen, enz.) : .....**

**Identiteit van de personen ten laste :**

.....Geboortedatum: ...../...../.....Relatie/verwantschap:.....

.....Geboortedatum: ...../...../.....Relatie/verwantschap:.....

.....Geboortedatum: ...../...../.....Relatie/verwantschap:.....

.....Geboortedatum: ...../...../.....Relatie/verwantschap:.....

.....Geboortedatum: ...../...../.....Relatie/verwantschap:.....

---

<sup>6</sup> Persoon die, door de band die hij heeft met een gerechtigde, onrechtstreeks geneeskundige verstrekkingen geniet (bijv. : echtgenote die niet werkt, kind ...). "Worden beschouwd als persoon ten laste: - kinderen jonger dan 25 jaar voor wie de gerechtigde in het onderhoud voorziet, - evenals de personen die onder hetzelfde dak verblijven; lage beroeps - en/of vervangingsinkomens hebben en ofwel echtgenoot, ascendent of samenwonende zijn."

**Situatie vóór het schadegeval**

Werknemer

Geef de naam en het adres van uw werkgever : .....

.....

Zelfstandig(e) : (beroep opgeven) .....

Geef de naam en het adres van uw onderneming : .....

.....

Uw ondernemingsnummer : .....

Werkzoekend       Arbeidsongeschikt

Gepensioneerd       Schoolgaand, student(e)       Andere: .....

**Eventuele verandering van situatie na het schadegeval**

Werknemer

Geef de naam en het adres van uw werkgever : .....

.....

Zelfstandig(e) : (beroep opgeven) .....

Geef de naam en het adres van uw onderneming : .....

.....

Uw ondernemingsnummer : .....

Werkzoekend       Arbeidsongeschikt

Gepensioneerd       Schoolgaand, student(e)       Andere: .....

III – BIJKOMENDE INFORMATIE BETREFFENDE DE AANVRAGER  
IN GEVAL DAT DEZE NIET DE PATIËNT(E) ZELF BETREFT.

**Opgelet** : Dit onderdeel moet in evenveel exemplaren worden ingevuld als er  
aanvragers zijn

NAAM (in drukletters) : .....

Voornaam(voornamen) : .....

Geslacht :  Mannelijk  Vrouwelijk

Geboortedatum : ..... / ..... / ..... Geboorteplaats : .....

Burgerlijke staat :

- Alleenstaand  Getrouwd  Wettelijk samenwonend  
 Weduwnaar/weduwe  Gescheiden  Andere (te preciseren).....

Nationaliteit : .....

Band met de patiënt(e) : .....

Rijksregisternummer of identiteitskaartnummer : \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_

**Domicilie / contactadres**

Straat + nummer : .....

Postcode : ..... Woonplaats : .....

Land : .....

Telefoon (bereikbaar tijdens kantooruren): .....

E-mail : .....@.....



Hoeveel personen ten laste<sup>7</sup> (bijvoorbeeld : kinderen, broers/zussen, enz.) : .....

Identiteit van de personen ten laste :

..... Geboortedatum: ...../...../..... Relatie/verwantschap:.....

..... Geboortedatum: ...../...../..... Relatie/verwantschap:.....

..... Geboortedatum: ...../...../..... Relatie/verwantschap:.....

..... Geboortedatum: ...../...../..... Relatie/verwantschap:.....

..... Geboortedatum: ...../...../..... Relatie/verwantschap:.....

### Situatie vóór het schadegeval

Werknemer

Geef de naam en het adres van uw werkgever : .....

.....

Zelfstandig(e) : (beroep opgeven) .....

Geef de naam en het adres van uw onderneming : .....

.....

Uw ondernemingsnummer : .....

Werkzoekend

Arbeidsongeschikt

Gepensioneerd

Schoolgaand, student(e)  Andere: .....

### Eventuele verandering van werksituatie na het schadegeval

Werknemer

Geef de naam en het adres van uw werkgever : .....

.....

Zelfstandig(e) : (beroep opgeven) .....

Geef de naam en het adres van uw onderneming : .....

.....

Uw ondernemingsnummer : .....

Werkzoekend

Arbeidsongeschikt

Gepensioneerd

Schoolgaand, student(e)  Andere: .....

<sup>7</sup> Persoon die, door de band die hij heeft met een gerechtigde, onrechtstreeks geneeskundige verstrekkingen geniet (bijv. : echtgenote die niet werkt, kind ...). "Worden beschouwd als persoon ten laste: - kinderen jonger dan 25 jaar voor wie de gerechtigde in het onderhoud voorziet, - evenals de personen die onder hetzelfde dak verblijven; lage beroeps - en/of vervangingsinkomens hebben en ofwel echtgenoot, ascendent of samenwonende zijn."



## IV – BETROKKEN BEROEPSBEOEFENAARS

**Geef de namen en contactgegevens (indien gekend) van alle beroepsbeoefenaars en verzorgingsinstellingen die bij het schadegeval betrokken zijn (artsen, ziekenhuizen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, medische praktijk, laboratorium etc. ...):**

***-Extra pagina's kunnen worden gekopieerd en toegevoegd –***

1 – Naam van de beroepsbeoefenaar of verzorgingsinstelling .....

Straat + nummer : .....

Postcode : ..... Plaats : .....

Telefoonnummer: ..... Erkenningsnummer (indien gekend) : .....

Datum (Data) van de medische handeling(en) : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ / \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ / \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

De naam van de verzekeraar van de beroepsbeoefenaar (indien gekend) : .....

2– Naam van de beroepsbeoefenaar of verzorgingsinstelling .....

Straat + nummer : .....

Postcode : ..... Plaats : .....

Telefoonnummer: ..... Erkenningsnummer (indien gekend) : .....

Datum (Data) van de medische handeling(en) : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ / \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ / \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

De naam van de verzekeraar van de beroepsbeoefenaar (indien gekend) : .....

3 – Naam van de beroepsbeoefenaar of verzorgingsinstelling .....

Straat + nummer : .....

Postcode : ..... Plaats : .....

Telefoonnummer: ..... Erkenningsnummer (indien gekend) : .....

Datum (Data) van de medische handeling(en) : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ / \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ / \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

De naam van de verzekeraar van de beroepsbeoefenaar (indien gekend) : .....

4 – Naam van de beroepsbeoefenaar of verzorgingsinstelling .....

Straat + nummer : .....

Postcode : ..... Plaats : .....

Telefoonnummer: ..... Erkenningsnummer (indien gekend) : .....

Datum (Data) van de medische handeling(en) : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ / \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ / \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

De naam van de verzekeraar van de beroepsbeoefenaar (indien gekend) : .....

5 – Naam van de beroepsbeoefenaar of verzorgingsinstelling .....

Straat + nummer : .....

Postcode : ..... Plaats : .....

Telefoonnummer: ..... Erkenningsnummer (indien gekend) : .....

Datum (Data) van de medische handeling(en) : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ / \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ / \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

De naam van de verzekeraar van de beroepsbeoefenaar (indien gekend) : .....

V – VERMELDING VAN EVENTUELE PROCEDURES DIE WERDEN INGESTELD TEN GEVOLGE VAN DE BETREFFENDE SCHADE

Indien u reeds een aanvraag of klacht heeft ingediend bij de rechtbank betreffende uw schadegeval, dan bent u volgens de wet verplicht om bij deze rechtbank te melden dat u een procedure start bij het Fonds. U dient ook het Fonds te verwittigen indien er reeds een procedure loopt bij een rechtbank betreffende uw schadegeval. Deze meldingsplicht geldt ook voor de toekomst.

Omwille van deze wettelijke meldingsplicht moet u steeds onderstaande kader invullen (zelfs indien uw juridische actie bij de rechtbank reeds beëindigd is).

- Heeft u reeds juridische stappen ondernomen met het oog op een schadevergoeding (voor uzelf of voor de patiënt)?

JA       NEEN

Indien ja, sinds wanneer ? En voor welke rechtbank?

.....  
.....

- Heeft u reeds contact opgenomen met de betrokken beroepsbeoefenaar(s) of zijn verzekeraar ?

JA       NEEN

Indien ja, wat was de inhoud van deze contacten - kopieën van briefwisseling toevoegen, etc..

.....  
.....  
.....

- Heeft u reeds een schadevergoeding ontvangen voor de schade die het onderwerp vormt van deze aanvraag (vink het passende vakje aan):

via de mutualiteit?  Ja     Neen

via de beroepsbeoefenaar ?  Ja       Neen

via de verzekeraar (van uzelf of de zorgverstreker)?  Ja       Neen

via de rechtbank ?  Ja     Neen

Andere ?  .....

**Indien u reeds een vergoeding heeft ontvangen, gelieve ons het bedrag mee te delen en ons een kopie van de betaling hiervan toe te zenden**

..... €

**Indien van toepassing voor uw dossier** : u kan een mandataris aanduiden om uw belangen te behartigen.

**Mandataris**

Ik, ....., wijs hierbij de volgende persoon aan als mijn mandataris en voeg hierbij eveneens een kopie van mijn identiteitskaart om de geldigheid van mijn handtekening voor deze aanduiding te staven.

Identiteitsgegevens van de patiënt :

- naam:.....
- adres: .....
- telefoonnummer: .....
- geboortedatum: .....

Identiteitsgegevens van de mandataris:

- naam:.....
- adres: .....
- telefoonnummer: .....
- geboortedatum: .....

*Opgemaakt te ..... Op datum .....*  
*Handtekening patiënt*

Ik aanvaard de aanwijzing als mandataris en zal naar best vermogen de patiënt bijstaan.

*Opgemaakt te ..... Op datum .....*  
*Handtekening mandataris*

De aanwijzing van een mandataris kan steeds herroepen worden. Indien dit gebeurt, is het aangewezen dat alle personen die kennis kregen van de oorspronkelijke aanwijzing hiervan op de hoogte worden gebracht.

**Toestemmingsformulier bij patiënt in leven**

Ik (naam patiënt of de wettelijke vertegenwoordiger),

.....,

geef hierbij de uitdrukkelijke toestemming aan de geneesheren van het Fonds voor de Medische Ongevallen om volgende rechten uit te oefenen:

- zich te informeren over de gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan
- het patiëntendossier in te zien (van de hieronder vermelde patiënt)
- een afschrift te vragen van het patiëntendossier

Identiteitsgegevens van de patiënt :

- naam:.....
- adres: .....
- telefoonnummer: .....
- geboortedatum: .....

Identiteitsgegevens van de wettelijke vertegenwoordiger (indien van toepassing) :

- naam:.....
- adres: .....
- telefoonnummer: .....
- geboortedatum: .....

*Opgemaakt te ..... Op datum .....*

*Handtekening patiënt of wettelijke vertegenwoordiger:*

Hierbij voeg ik ook een kopie van mijn identiteitskaart om de geldigheid van deze toestemming te staven.

**Toestemmingsformulier bij overleden patiënt**

Ik (vertegenwoordiger<sup>8</sup> in het kader van de wet patiëntenrechten van de overleden patiënt),

.....,  
geef hierbij de uitdrukkelijke toestemming aan de geneesheren van het Fonds voor de Medische Ongevallen om volgende rechten uit te oefenen:

- het patiëntendossier in te zien (van de hieronder vermelde patiënt)
- een afschrift te vragen van het medisch dossier van de patiënt(e)
- een afschrift te vragen van het patiëntendossier

Identiteitsgegevens van de overleden patiënt :

- naam:.....
- laatst adres: .....
- geboortedatum: .....

Identiteitsgegevens van de wettelijke vertegenwoordiger:

- naam:.....
- adres: .....
- telefoonnummer: .....
- geboortedatum: .....

Opgemaakt te ..... Op datum .....

*Handtekening rechthebbende van de betrokken patiënt:*

Hierbij voeg ik ook een kopie van mijn identiteitskaart om de geldigheid van deze toestemming te staven alsook een kopie van de overlijdensakte van de patiënt.
---

<sup>8</sup> De echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de partner en de bloedverwanten tot en met de tweede graad van de patiënt.

VIII – VERZENDEN VAN HET DOSSIER NAAR HET FONDS VOOR DE MEDISCHE  
ONGEVALLEN

**Opgelet** : Deze pagina moet in evenveel exemplaren worden ingevuld en  
ondertekend als er aanvragers zijn

Datum :

Voornaam en NAAM van de ondertekenaar :

Handtekening \* :

\* Aanvrager of zijn wettelijke vertegenwoordiger indien de aanvrager een minderjarige of  
handelsonbekwame betreft..

Om uw dossier te vervolledigen, moet u alle ondersteunende documenten bijvoegen  
zoals vermeld in de toelichting van de bijlage.

Stuur dan uw dossier (**per aangetekende brief**) naar het volgende adres:

**RIZIV**  
**Fonds voor de medische ongevallen**  
**Tervurenlaan 211**  
**1150 Brussel**  
**België**



**Het Fonds is alleen bevoegd voor schade veroorzaakt vanaf 2 april 2010.**

Om uw dossier ten volle te kunnen bestuderen hebben we volgende documenten van u nodig :

- "het formulier inzake de adviesaanvraag betreffende de schade ten gevolge van gezondheidszorg" ingevuld (**rubrieken I tot V**) en ondertekend (**rubriek VIII**);
- Een gedetailleerde omschrijving van de gebeurtenis die de schade als gevolg van gezondheidszorg heeft veroorzaakt alsook een beschrijving van de aangevoerde schade (**rubriek I** van het formulier) : onderzoeken of de gezondheidszorg de oorzaak is van het ongeval, de omstandigheden van het medische ongeval, de aard van de schade, enz.
- Alle onderdelen waarover u beschikt van het medische dossier van de patiënt om het verband tussen de schade en de medische handeling vast te stellen (*bv. Operatie verslagen,, opname verslagen, onderzoeksresultaten, opvolgingen, medische observaties, verpleegnota's, enz.*) ;
- Recto en verso kopie van de identiteitskaart van de patiënt
- Kopie van de overlijdensakte van de overleden patiënt(e)
- Kleefvignet met aansluitingsnummer van de mutualiteit van de patiënt
- Kopieën van correspondentie met de zorgverlener en/of zijn verzekeraar;
- Indien de patiënt een **mandataris** heeft aangesteld om hem te vertegenwoordigen : dan dient **rubriek VI** van het formulier te worden ingevuld;
- Om het Fonds voor de medische Ongevallen toegang te verlenen tot het **patiëntendossier**, dient **rubriek VII** te worden ingevuld.

↪ *Altijd verifiëren of er geen recentere versie van dit document staat op onze website.*

- 1) Bij ontvangst van het dossier, zal er eerst nagegaan worden of het dossier compleet is zoals bepaald in artikel 12 van de wet van 31 maart 2010. Indien nodig zullen er U bijkomende documenten gevraagd worden.
- 2) Indien uw aanvraag duidelijk niet voldoet aan de administratieve ontvankelijkheidsvereisten voor zien door de wet, zal de weigering zo spoedig mogelijk betekend worden.
- 3) Eens het dossier volledig en ontvankelijk wordt verklaard, zal U binnen de maand een ontvangstbewijs krijgen; dit betekent het begin van de periode van 6 maand waarna het Fonds zijn beslissing met betrekking tot uw aanvraag zal doen toekomen.
- 4) Tijdens de behandelingsperiode van 6 maand is het mogelijk dat u onderworpen wordt aan een medische expertise. Bijkomende inlichtingen kunnen u eveneens gevraagd worden.
- 5) Rekening houdend met alle ingewonnen elementen tijdens de behandelingsfase van uw dossier zal het fonds voor Medische Ongevallen een beslissing nemen. Deze beslissing zal een antwoord bieden op volgende vragen: ontvankelijkheid van de aanvraag, de rechtmatigheid van de eis, de eventuele verantwoordelijke van een zorgverlener of het bestaan van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid met een ernstdrempel.
- 6) Schadeloosstelling:
  - a. Indien de zorgverlener aangeduid wordt als verantwoordelijke, wordt zijn verzekeraar door het fonds uitgenodigd om een voorstel tot schadeloosstelling te formuleren
  - b. In alle andere gevallen zal het fonds overgaan tot schadeloosstelling
    - In geval van een fout met verantwoordelijkheid van de zorgverlener en indien deze zijn verantwoordelijkheid betwist (met een door de wet voorzien bereikte ernstdrempel), indien zijn verzekering een onvoldoende schadeloosstelling voorstelt of indien de zorgverlener niet voldoende gedekt is door de verzekering.
    - In geval van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, enkel indien de ernstdrempel bepaald in de wet van 31 maart 2010 bereikt is.

In geval van betwisting over het advies van het Fonds hebben het slachtoffer of zijn belanghebbenden nog steeds de mogelijkheid om de zaak aanhangig te maken bij de Rechtbank van Eerste Aanleg.

### **Toegang tot het medisch dossier**

Het medisch dossier is een essentieel element bij de behandeling van uw dossier. De patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002 laat toe aan de patiënt zelf, zijn wettelijke vertegenwoordiger, en sommige naasten om het dossier te raadplegen of een kopie ervan te bekomen.

In geval van overlijden van de patiënt kan enkel de wettelijke vertegenwoordiger, volgens de wet van 22 augustus 2002, een toelating geven om het medisch dossier te raadplegen.