



**Aanvraag voor schadeloosstelling wegens overlijden  
als gevolg van Covid-19**

*Koninklijk besluit van 4 juni 2020 betreffende de oprichting van een Schadeloosstellingfonds voor de vrijwilligers COVID-19-slachtoffers*

**Richtlijnen voor het invullen van dit formulier**

Dit formulier moet u gebruiken om een aanvraag voor schadeloosstelling wegens overlijden als gevolg van Covid-19 in te dienen bij het Covid-19 Vrijwilligersfonds.

Het bestaat uit twee delen:

**Deel 1** moet u als rechthebbende invullen, dateren en ondertekenen

**Deel 2** moet u daarna laten invullen door de arts die u aanduidt.

De twee delen samen zijn noodzakelijk voor de behandeling van de aanvraag.

**Verzending**

De rechthebbende of de arts verstuurt het ingevulde formulier naar de arts van het Covid-19 Vrijwilligersfonds, Sterrenkundelaan 1, 1210 Brussel.

Eventuele bijlagen voegt u bij of kan u in een aparte briefomslag versturen naar hetzelfde adres, met verwijzing naar het formulier "aanvraagformulier schadeloosstelling wegens overlijden als gevolg van Covid-19".

De gegevens van dit formulier zullen worden verwerkt in overeenstemming met de bepalingen van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens. Deze gegevens worden verzameld met het oog op de toepassing van de socialezekerheidswetgeving. Indien u wenst uw persoonsgegevens in te kijken of te verbeteren, kunt u dat schriftelijk vragen aan Fedris.

**Deel 1: in te vullen door de persoon die schadeloosstelling vraagt**

A. Identiteit van de overledene	
Naam	
Voornaam ( <i>officiële voornaam</i> )	
Adres ( <i>bij leven</i> )	Nr. Bus
Straat en nummer	
Postcode en gemeente ( <i>vermeld voor Brussel de deelgemeente</i> )	Postcode Gemeente
Geboortedatum ( <i>dag/maand/jaar</i> )	
Overlijdensdatum ( <i>dag/maand/jaar</i> )	
Identificatienummer Rijksregister	- -

B. Identiteit van de aanvrager	
Naam	
Voornaam ( <i>officiële voornaam</i> )	
Geboortedatum ( <i>dag/maand/jaar</i> )	
Adres	Nr. Bus
Straat en nummer	
Postcode en gemeente ( <i>vermeld voor Brussel de deelgemeente</i> )	Postcode Gemeente
Band met de overledene ( <i>onderstrepen wat past</i> )	echtgenoot - echtgenote - wettelijk samenwonende - zoon - dochter - andere: .....
Telefoonnummer	
E-mail	
Identificatienummer Rijksregister	- -
Taalkeuze	<input type="checkbox"/> Nederlands <input type="checkbox"/> Frans <input type="checkbox"/> Duits

C. Andere eventuele rechthebbenden	
Voornaam + Naam	Rijksregisternummer
Band met de overledene: <input type="checkbox"/> echtgenoot(e) <input type="checkbox"/> wettelijk samenwonende <input type="checkbox"/> zoon <input type="checkbox"/> dochter <input type="checkbox"/> andere: .....	
Band met de overledene: <input type="checkbox"/> echtgenoot(e) <input type="checkbox"/> wettelijk samenwonende <input type="checkbox"/> zoon <input type="checkbox"/> dochter <input type="checkbox"/> andere: .....	
Band met de overledene: <input type="checkbox"/> echtgenoot(e) <input type="checkbox"/> wettelijk samenwonende <input type="checkbox"/> zoon <input type="checkbox"/> dochter <input type="checkbox"/> andere: .....	
Band met de overledene: <input type="checkbox"/> echtgenoot(e) <input type="checkbox"/> wettelijk samenwonende <input type="checkbox"/> zoon <input type="checkbox"/> dochter <input type="checkbox"/> andere: .....	

<b>D. Aard van het vrijwilligerswerk</b>	
<b>Gegevens over de instelling/vereniging waarvoor het vrijwilligerswerk werd verricht</b>	
Naam Straat, nummer en bus Postcode en gemeente Activiteitssector	
<b>Activiteit van de vrijwilliger</b>	
Functie / omschrijving	
<b>Adres waar de activiteit werd uitgeoefend</b>	
Idem als hierboven Indien neen: adres	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN
<b>Periode van de activiteit</b>	
Van (dag/maand/jaar) Tot (dag/maand/jaar)	
U voegt ook een attest toe van de instelling of vereniging waar de overledene vrijwilligerswerk verrichtte: waar en wanneer welk vrijwilligerswerk verricht werd.	

<b>E. Identiteit van de artsen die de overledene hebben verzorgd</b>	
Naam en adres van de huisarts	
Naam en adres van de behandelende specialist	

<b>F. Aanduiding en opdracht van de arts</b>
--

De aanvrager verzoekt dokter (Naam, voornaam en volledig adres van de arts die het overlijden heeft vastgesteld of die de gezondheidstoestand van de overledene heeft gevolgd en aan wie gevraagd wordt deel 2 van het formulier in te vullen).

.....  
 .....

de vragen op dit formulier en eventuele bijkomende vragen vanwege de artsen van het Covid-19 Vrijwilligersfonds volledig en waarheidsgetrouw te beantwoorden.

Ik verzoek om schadeloosstelling wegens het overlijden van de persoon vermeld in vak 1 ten gevolge van Covid-19 en bevestig dat bovenstaande verklaring oprecht en volledig is ingevuld.	
Datum: __ / __ / ____	Handtekening: .....

# Covid-19 Vrijwilligersfonds

Opgericht bij Fedris  
Tel. 02/272 23 60

## Aanvraag voor schadeloosstelling wegens overlijden als gevolg van Covid-19

### Deel 2: in te vullen door de aangestelde arts

#### Inlichtingen en richtlijnen voor de arts die het formulier invult.

De informatie in dit formulier is bestemd voor de artsen van het Covid-19 Vrijwilligersfonds. U moet deel 2 volledig invullen en aanvullen met de bijlagen die nuttig kunnen zijn voor het onderzoek van de aanvraag. De verstrekte inlichtingen zullen als basis dienen voor het vaststellen van het recht op schadeloosstelling wegens het overlijden van de betrokkene.

**Dit formulier is belangrijk.** Indien het ontbreekt of onvoldoende gegevens bevat, zal Fedris, in naam van het Covid-19 Vrijwilligersfonds een beslissing nemen op basis van de medische gegevens waarover het beschikt. Dat kan betekenen dat de aanvraag tot schadeloosstelling wordt afgewezen. De code van geneeskundige plichtenleer staat u toe medische verslagen af te leveren in uitvoering van de wettelijke voorschriften.

Heeft u nog vragen, neem dan contact op met de medische dienst van Fedris.

#### A. Identiteit van de overledene

Naam .....

Voornaam .....

Geboortedatum .....

Overlijdensdatum .....

#### B. Verklaring van de arts

Ondergetekende (naam) .....

huisarts van de overledene

arts verbonden aan de verzorgingsinstelling waar de patiënt heeft verbleven

Naam van de instelling: .....

Adres: .....

andere hoedanigheid als arts: .....

verklaart:  het overlijden te hebben vastgesteld

de gezondheidstoestand te hebben gevolgd

van de overledene wiens identiteit hierboven onder A wordt vermeld.

#### C. Plaats en omstandigheden van het overlijden

► Waar is betrokkene overleden? (aankruisen)

thuis

in de onder B vermelde verzorgingsinstelling

elders (waar) .....

► Indien elders, korte beschrijving van de omstandigheden van het overlijden: .....

**D. Oorzaken en omstandigheden van het overlijden**

- ▶ Indien u de patiënt bij leven heeft onderzocht, datum van het laatste onderzoek: .....
- ▶ Datum van de eerste vaststelling van de symptomen van Covid-19: .....
- ▶ Beschrijf deze symptomen en de evolutie van de besmetting (*indien niet beschreven in de bijgevoegde verslagen*)

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

- ▶ Beschrijf hoe deze besmetting in verband staat met het vrijwilligerswerk dat de overledene uitoefende:

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

- ▶ Was Covid-19 volgens u de oorzaak van het overlijden? Licht uw antwoord toe.

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

**E. Bij te voegen medische documenten (*essentieel voor het beoordelen van de aanvraag*)**

- ▶ het bewijs dat het overlijden het gevolg is van Covid-19
  - of door middel van een betrouwbare laboratoriumtest zoals erkend door Sciensano
  - of door een suggestief klinische presentatie bevestigd door een compatibele CT-thorax
  - andere: .....
- ▶ alle medische verslagen die relevante informatie verschaffen in verband met het overlijden.

**Ondergetekende bevestigt dat deze verklaring oprecht en volledig is.**

Dokter

Stempel

Straat en nr.:

Woonplaats:

RIZIV-nummer

Telefoon:

Fax:

E-mail:

*Handtekening van de arts:*

*Datum: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_*