

SCHADEAANGIFTE ZIEKTE EN ONGEVALLEN

ALGEMENE GEGEVENS

Tussenpersoon _____ Tussenpersoonnummer _____

Schadenummer maatschappij _____ Schadenummer tussenpersoon _____

GEGEVENS VERZEKERING

Soort verzekering Arbeidsongeschiktheid Ziekengeld Ongevallen Ongevallen-inzittenden

Branche- en polisnummer(s) _____

GEGEVENS VERZEKERINGNEMER

Achternaam _____ Voorletter(s) _____ Man Vrouw

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Telefoon _____ IBAN (rekeningnummer) _____

GEGEVENS VERZEKERDE

Achternaam _____ Voorletter(s) _____ Man Vrouw

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Telefoon _____ IBAN (rekeningnummer) _____

Geboorteplaats _____ Geboortedatum _____

GEGEVENS BEROEP

Beroep van de verzekerde _____ Sedert wanneer _____

Welke rechtsvorm heeft het bedrijf B.V. N.V. Firma Anders Eenmanszaak

Aantal personeelsleden _____

Voor welk percentage bestaat de normale arbeidstijd uit Handenarbeid _____ % Administratie _____ %

Leiding geven/toezicht houden _____ % Reizen _____ %

Is de verzekerde elders voor arbeidsongeschiktheid, ongevallen(-inzittenden) of ziekengeld verzekerd

Ja Nee Verzekerd bedrag € _____

Maatschappij _____ Polisnummer _____

Zijn de kosten van geneeskundige behandeling elders verzekerd Ja Nee Zo ja, waar _____

Is verzekerde geheel of gedeeltelijk in loondienst Ja Geheel Gedeeltelijk Nee

Kan verzekerde aanspraak maken op

AAW ZW/WAO

Zo ja, naam werkgever, naam bedrijfsvereniging en eventueel registratienummer _____

MEDISCHE GEGEVENS

Naam _____

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Waaruit bestaan de klachten _____

Sinds _____

Door welke arts/specialist wordt verzekerde nu behandeld _____

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Op welke datum heeft verzekerde zich hiervoor voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld in verband met de huidige melding _____

Heeft verzekerde reeds eerder aan dezelfde klachten geleden Ja Nee

Zo ja, wanneer en hoe lang _____

Wie was toen de behandelend arts/specialist _____
Sinds wanneer heeft verzekerde zijn beroepswerkzaamheden geheel of gedeeltelijk gestaakt _____

Voor welk percentage acht hij zich ongeschikt _____ %

Wanneer verwacht verzekerde het werk te kunnen hervatten _____

Verblijft verzekerde thuis, in een ziekenhuis of elders Thuis Ziekenhuis Elders

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Kan verzekerde op het spreekuur van een arts komen Ja Nee

ALLEEN IN TE VULLEN BIJ ONGEVAL

Indien op uw ongevalenpolis medische kosten meeverzekerd zijn, dienen de nota's bij uw ziektekostenmaatschappij of ziekenfonds ingediend te worden. Uw eigen risico kan door bijvoeging van nota's en uitkeringsbewijs van de ziektekostenverzekeraar geclaimd worden onder opgave van naam en polis/inschrijvingsformulier

Waar en wanneer vond het ongeval plaats _____

Plaats (eventueel straatnaam) waar het ongeval gebeurde _____

Wat was de oorzaak van het ongeval. Graag omschrijving van de toedracht (zo nodig een situatieschets of toelichting op los blad toevoegen) _____

Betreft het een ongeval overkomen Tijdens beroep Buiten beroep

Tijdens motorrijden Tijdens beroepsmatig gebruik van houtbewerkingsmachines

Waarmee was verzekerde bezig toen het ongeval gebeurde _____

Waaruit bestaat het letsel _____

Bestaat er kans op blijvende gevolgen Ja Nee

Wie veroorzaakte het ongeval Naam _____

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Waren er motorvoertuigen bij betrokken Ja Nee

Zo ja, kentekens, naam en adres bestuurder(s) _____

Indien van toepassing, van welk voertuig maakte verzekerde gebruik Kenteken _____

Aantal inzittenden ten tijde van het ongeval _____

Werd gebruik gemaakt van veiligheidsgordels ten tijde van het ongeval Ja Nee

Staat er meer dan één kenteken op naam van verzekerde Ja Nee

Wie waren getuige van het ongeval

Naam _____
Adres _____
Postcode _____ Woonplaats _____
Naam _____
Adres _____
Postcode _____ Woonplaats _____

Welke politie-instansie maakte proces-verbaal of rapport op Gemeentepolitie Rijkspolitie Militaire politie

Op welk bureau _____ Datum _____

Is er terzake van dit voorval (of deze gebeurtenis) verder nog iets van belang mee te delen Ja Nee

ONDERGETEKENDE VERKLAART

- vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt, en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen;
- dit schadeaangifteformulier en de eventueel nog nader over te leggen gegevens aan de maatschappij te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering;
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

Plaats _____ Datum _____

Handtekening verzekeringsnemer/verzekerde _____

De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatie Systeem Schade. Het privacyreglement van de Stichting C.I.S. is op die registratie van toepassing.

ALLEEN IN TE VULLEN DOOR DE ASSURANTTUSSENPERSOON

Is dit voorval reeds gemeld bij de maatschappij Ja Schriftelijk Telefonisch Nee

Datum _____ Bijlage(n) _____ Bewijs van aangifte

Uit te keren aan _____

Toelichting _____

Plaats _____ Datum _____

Handtekening _____

