

Schade-aangifteformulier Ziekte en Ongevallen

Tussenpersoon _____ Tussenpersoonnummer _____

Schadenummer maatschappij _____ Schadenummer Tussenpersoon _____

Soort verzekering

Arbeidsongeschiktheid Ziekengeld Ongevallen Ongevallen-inzittenden

Branche- en polisnummer(s) _____

Verzekeringnemer

Achternaam _____ Voorletter(s) _____ Man Vrouw

Adres _____

Telefoonnummer _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Bank-/postrekeningnummer _____

Algemene gegevens verzekerde

Achternaam _____ Voorletter(s) _____ Man Vrouw

Adres _____

Telefoonnummer _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Geboorteplaats _____ Geboortedatum _____ Bank-/gironummer _____

1. Beroep van de verzekerde _____ Sedert wanneer? _____

Welke rechtsvorm heeft bedrijf B.V. N.V. Fa Anders
 Eenmanszaak Aantal personeelsleden: _____
 Voor welk percentage bestaat de normale arbeidstijd uit Handenarbeid _____ % Administratie _____ %
 Leiding geven/toezicht houden _____ % Reizen _____ %

2. Is verzekerde elders voor arbeidsongeschiktheid, ongevallen (-inzittenden) of ziekengeld verzekerd? Ja Nee Verzekerd bedrag € _____

Maatschappij en polisnummer _____

Zijn de kosten van geneeskundige behandeling elders verzekerd? Ja Nee

Zo ja, waar _____

3. Is verzekerde geheel of gedeeltelijk in loondienst? Nee Ja Geheel Gedeeltelijk

Kan verzekerde aanspraak maken op AAW ZW/WAO

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

4. Gegevens huisarts

Naam _____

Straat en huisnummer _____

Postcode en woonplaats _____

5. Waaruit bestaan de klachten _____ Sinds _____

6. Door welke arts/specialist wordt verzekerde nu behandeld?

Naam _____

Adres _____

7. Op welke datum heeft verzekerde zich hiervoor voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld? (i.v.m. de huidige melding) _____

8. Heeft verzekerde reeds eerder aan dezelfde klachten geleden? Ja Nee
 Zo ja, wanneer en hoe lang _____
9. Wie was toen de behandelend arts/specialist _____
10. Sinds wanneer heeft verzekerde zijn beroepswerkzaamheden geheel of gedeeltelijk gestaakt? Datum _____
 Voor welk percentage acht hij zich ongeschikt? Percentage _____ %
11. Wanneer verwacht verzekerde het werk te kunnen hervatten? Datum _____
12. Verblijft verzekerde thuis, in een ziekenhuis of elders? Adres _____
 Postcode + Plaats _____
13. Kan verzekerde op het spreekuur van een arts komen? Ja Nee

Alleen in te vullen bij ongeval

Indien op uw ongevalpolis 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

14. Waar en wanneer vond het ongeval plaats? _____
 Plaats (eventueel straatnaam) waar het ongeval gebeurde _____
15. Wat was de oorzaak van het ongeval? _____
 A.u.b. omschrijving van de toedracht (zo nodig een situatieschets of toelichting op los blad toevoegen) _____
16. Betreft het een ongeval overkomen Tijdens beroep Buiten beroep
 Tijdens motorrijden
 Tijdens beroepsmatig gebruik van houtbewerkingsmachines
17. Waarmee was verzekerde bezig toen het ongeval gebeurde? _____
18. Waaruit bestaat het letsel? _____
 Bestaat er kans op blijvende gevolgen Ja Nee
19. Wie veroorzaakte het ongeval? Naam _____
 Adres _____
20. Waren er motorvoertuigen bij betrokken? Ja Nee
 Zo ja, kentekens, naam en adres bestuurder(s) _____
21. 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
22. Wie waren getuige van het ongeval? (volledige naam en adres) _____
23. Welke politie-instantie maakte proces-verbaal of rapport op? Gemeente Rijks Militaire politie
 Op welk bureau? _____ Datum _____
 Is er terzake van dit voorval (of deze gebeurtenis) verder nog iets van belang mede 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 schade-aangifteformulier 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 verzekeringnemer/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 assurantietussenpersoon

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

Datum _____

Bijlage(n) _____ Bewijs van aangifte

Uit te keren aan: _____

Toelichting _____

Plaats _____ Datum _____

Handtekening
