

## 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 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 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 \_\_\_\_\_

