



SCHADE-AANGIFTEFORMULIER ZIEKTE EN ONGEVALLLEN

Tussenpersoonnummer: Cliëntnummer:

Schadenummer mij: Schadenummer:

Soort verzekering

Arbeidsongeschiktheid Ongevallen

Ziekengeld Ongevallen-inzittenden

Branche- en polisnummer(s)

Verzekeringnemer

Naam en voorletters

Adres

Postcode en plaatsnaam Telefoon

Bank-/postbankrekeningnummer

Verzekerde

Naam en voorletters

Adres

Postcode en plaatsnaam Telefoon

Geboortedatum Man Vrouw

Bank-/postbankrekeningnummer

1 Beroep van verzekerde Sinds

Welke rechtsvorm heeft het bedrijf B.V. N.V. Fa anders

Eenmanszaak Aantal personeelsleden

Voor welk percentage bestaat de normale werktijd uit Handenarbeid% Administratie%

Leidinggeven/toezicht houden% Reizen%

2 Is verzekerde elders voor arbeidsongeschiktheid, Ja Nee Verzekerd bedrag f / €*

ongevallen (-inzittenden) of ziekengeld verzekerd
Maatschappij en polisnummer

Zijn de kosten van geneeskundige behandeling ook 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 Naam en adres van de huisarts

5 Waaruit bestaan de klachten Sinds

6 Door welke arts/specialist wordt verzekerde nu behandeld

(naam en adres)

7 Op welke datum heeft verzekerde zich hiervoor voor het

eerst onder geneeskundige behandeling gesteld

8 Heeft verzekerde reeds eerder aan dezelfde klachten geleden Ja nee

Zo ja, wanneer en hoelang

9 Wie was toen de behandelend arts/specialist

10 Sinds wanneer heeft verzekerde zijn beroepswerkzaamheden Datum

geheel of gedeeltelijk gestaakt Percentage %

Voor welk percentage acht hij zich ongeschikt

11 Wanneer verwacht verzekerde het werk te kunnen hervatten Datum

12 Verblijft verzekerde thuis, in een ziekenhuis of elders
A.u.b. volledig adres

13 Kan verzekerde op het spreekuur van een arts komen Ja Nee

Vraag 14 t/m 23 alleen in te vullen na een ongeval
Indien op uw ongevallenpolis 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/inschrijvingsnummer.

14 Waar en wanneer vond het ongeval plaats 20 uur vm/nm
 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 houtbewerkingmachines

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
 Volledige naam en 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 procesverbaal of rapport op Gemeente- Rijks- Militaire politie
 Op welk bureau Datum

Is er ter zake van dit voorval (of deze gebeurtenis) 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 Informatiesysteem Schade. Het privacyreglement van de Stichting CIS is op die registratie van toepassing.

Alleen in te vullen door de assurantie-tussenpersoon
 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
.....