

Schade-aangifteformulier ziekte en ongevallen.



hulsebosch assurantiën bv

voor alle verzekeringen en bemiddeling bij hypotheeken en financieringen

postbus 60 2670 AB naaldwijk stokdijkkade 13 telefoon (0174) 62 41 11 Fax (0174) 62 07 44

Tussenpersoonnr.

Clïëntnummer Tp:

Schadenummer Mij:

Schadenummer Tp:

Soort verzekering

Arbeidsongeschiktheid
 Ziekengeld

Ongevallen
 Ongevallen-inzittenden

Branche- en polisnummer(s)

Verzekeringnemer

Naam en voorletters

Adres

Postcode en plaatsnaam

Telefoon:

Giro- of bankrekeningnummer

Verzekerde

Naam en voorletters

Adres

Postcode en plaatsnaam

Telefoon:

Geboortedatum

Man Vrouw

Giro- of bankrekeningnummer

1 Beroep van verzekerde

Sinds:

Welke rechtsvorm heeft het bedrijf

B.V. N.V. Fa. Anders

Voor welk percentage bestaat de normale arbeidstijd uit

Eenmanszaak Aantal personeelsleden

Handenarbeid % Administratie %

Leidinggeven/toezicht houden % Reizen %

2 Is verzekerde elders voor arbeidsongeschiktheid, ongevallen (-inzittenden) of ziekengeld verzekerd Maatschappij en polisnummer

Ja Nee

Verzekerd bedrag
f

Zijn de kosten van geneeskundige behandeling ook elders verzekerd
Zo ja, waar

Ja Nee

3 Is verzekerde geheel of gedeeltelijk in loondienst

Nee Ja Geheel Gedeeltelijk

Kan verzekerde aanspraak maken op
Zo ja, naam werkgever, naam bedrijfsvereniging en eventueel registratienummer

AAW WAO

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
Zo ja, wanneer en hoelang

Ja Nee

9 Wie was toen de behandelend arts/specialist

- 10 Sinds wanneer heeft verzekerde zijn beroepswerkzaamheden geheel of gedeeltelijk gestaakt.
Voor welk percentage acht hij zich ongeschikt Datum: _____
Percentage _____ %
- 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

Alleen in te vullen bij 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 19 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 houtbewerkingsmachines
- 17 Waarmee was verzekerde bezig toen het ongeval gebeurde _____
- 18 Waaruit bestaat het letsel (lichaamsdeel, links/rechts) _____
Bestaat er kans op blijvende gevolgen Ja Nee
- 19 Wie veroorzaakte het ongeval Volledige naam en adres _____
- 20 Waren er motorvoertuigen bij betrokken Zo ja, kentekens, naam en adres bestuurder(s) Ja Nee
- 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 Datum: _____
Op welk bureau _____
Is er terzake 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-aangifte formulier, en de eventueel nog nader te verstrekken 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.

In te vullen door de assurantietussenpersoon

Gemeld aan maatschappij Schriftelijk Telefonisch
Datum: _____

Bijlage(n) Bewijs van aangifte
 Anders, nl.: _____

Toelichting _____

Plaats	Datum	Handtekening
---------------	--------------	---------------------