



Schade-Aanmeldingsformulier Ongevallenverzekering

1. Polisnummer _____
Schadenummer _____
2. Naam bedrijf/instelling _____
Contactpersoon _____ m v
Adres _____
Postcode, woonplaats _____
Telefoon _____
Bankrekeningnummer _____
Emailadres _____
3. Naam en voorletter(s) verzekerde _____
Adres _____
Postcode, woonplaats _____
Telefoon privé _____ werk _____
Bankrekeningnummer _____
Geboortedatum _____ m v
Beroep _____
Naam huisarts _____
Adres _____
Postcode, plaats _____
4. Op welke datum en waar vond het ongeval plaats? _____

Wat is de toedracht en waaruit bestaat het letsel? _____

5. Is het ongeval al bij ons gemeld? ja nee
Zo ja, op welke datum? _____
Indien telefonisch, aan wie? _____
6. Wie was/waren getuige van het ongeval?
Naam _____
Adres _____
Postcode, woonplaats _____
Telefoon privé _____ werk _____
Naam _____
Adres _____
Postcode, woonplaats _____
Telefoon privé _____ werk _____
Is een procesverbaal/politierapport opgemaakt? ja nee
Zo ja, bij welk bureau? _____

Is het ongeval te wijten aan schuld of nalatigheid van derden? ja nee

Zo ja, van wie?

Naam _____

Adres _____

Postcode, woonplaats _____

Telefoon privé _____ werk _____

7. Op welke datum vond voor het eerst geneeskundige behandeling plaats? _____

Door welke arts?

Naam _____

Adres _____

Postcode, plaats _____

Is verzekerde thans nog onder behandeling? ja nee

Op welk adres kan verzekerde bereikt worden? _____

Is verzekerde in staat naar het spreekuur van onze controlerend arts te gaan? ja nee

Is/was er sprake van opname in een ziekenhuis of verpleeginrichting? ja nee

Zo ja, datum opname en naam ziekenhuis of verpleeginrichting _____

Is verzekerde hieruit al ontslagen? ja nee

Zo ja, wanneer? _____

Zo nee, wanneer denkt verzekerde hieruit ontslagen te worden? _____

8. Is er sprake van arbeidsongeschiktheid? ja nee

Zo ja, wanneer is door verzekerde de arbeid geheel of gedeeltelijk gestaakt? _____

In welke mate vindt verzekerde zichzelf arbeidsongeschikt? _____

Wat is de vermoedelijke duur van de arbeidsongeschiktheid? _____

9. Is verzekerde elders tegen het risico van ongevallen verzekerd? ja nee

Zo ja, bij welke maatschappij, onder welk polisnummer en voor welke bedragen? _____

Vraag 10 uitsluitend beantwoorden indien tandheelkundige hulp is meeverzekerd en ingeroepen

10. Op welke datum vond tandheelkundige hulp plaats? _____

Door welke arts?

Naam _____

Adres _____

Postcode, plaats _____

Is verdere behandeling noodzakelijk? ja nee

Zo ja, wanneer vindt deze behandeling plaats? _____

Hoe lang gaat de behandeling duren? _____

Ondergetekende verklaart

vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beant-

- woord en verstrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot het voorval te hebben verzwegen;
- dit aanmeldingsformulier en de eventueel nader te overleggen gegevens aan verzekeraars te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de hoogte van en het recht op uitkering;
 - van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

Aldus naar waarheid ingevuld,

te _____ datum _____

Handtekening verzekeringnemer/verzekerde

Om onze medisch adviseur nadere informatie te kunnen laten inwinnen bij de behandelend arts is toestemming van verzekerde nodig. Daartoe graag ondertekening van onderstaande machtiging door verzekerde.

Machtiging

De arts, die verzekerde behandelt of heeft behandeld, wordt gemachtigd aan de medisch adviseur van verzekeraars, op diens verzoek, alle medische informatie te verstrekken met betrekking tot het in dit formulier genoemde ongeval.

te _____ datum _____

Handtekening verzekerde
(indien minderjarig handtekening ouder/voogd)

De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Fraude Informatie Systeem Holland. Het privacyreglement van de Stichting Cis is op die registratie van toepassing.