

Schade-aangifte ongevallen

Polisnummer(s)

Naam en voorletter(s)		<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw
Postcode en woonplaats			
Telefoon (9.00-17.00 uur)			
Bank- /Postbanknummer			

Verzekerde

Naam en voorletter(s)		<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw
Postcode en woonplaats			
Geboortedatum			
Telefoon (9.00-17.00 uur)			
Bank-/Postbanknummer			

Beroep verzekerde		Sinds	
Aantal werkuren per week			
Gebruikelijke arbeidstijd	Administratieve werkzaamheden	uur p/w	Handenarbeid
	Toezicht houden/leiding geven	uur p/w	Reizen
Omschrijving gebruikelijke handenarbeid			
Rechtsvorm bedrijf verzekerde	<input type="checkbox"/> B.V. <input type="checkbox"/> N.V. <input type="checkbox"/> v.o.f. <input type="checkbox"/> Eenmanszaak <input type="checkbox"/> Anders, te weten	Aantal personeelsleden, exclusief verzekerde	
Is verzekerde geheel of gedeeltelijk in loondienst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Naam werkgever	
Is verzekerde elders voor arbeids- ongeschiktheid, ongevallen (-inzittenden) of ziekengeld verzekerd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Adres werkgever	
Heeft verzekerde een AAW- of ZW/WAO-uitkering aangevraagd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Maatschappij	
Zo ja, wordt inmiddels uitkering ontvangen?	<input type="checkbox"/> Ja, te weten: <input type="checkbox"/> AAW <input type="checkbox"/> ZW <input type="checkbox"/> WAO	Polisnummer	
Zo nee, waarom niet?			
Naam bedrijfsvereniging en vestigingsplaats			
Registratienummer bedrijfsvereniging			

Arbeidsongeschiktheid

Waaruit bestaan de klachten?			
Datum eerste consult			
Naam behandelend arts/specialist			
Adres arts/specialist			
Specialisme arts/specialist			
Eerder dezelfde klachten gehad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Zo ja, wanneer en hoe lang?			
Wie was destijds de behandelend arts/specialist?			
Datum wanneer de beroeps- werkzaamheden zijn gestaakt?	<input type="checkbox"/> Geheel gestaakt <input type="checkbox"/> Gedeeltelijk gestaakt	Voor welk percentage acht men zich arbeidsongeschikt?	
Datum wanneer eventueel de werkzaamheden worden hervat			%
Verblijfplaats verzekerde	<input type="checkbox"/> Thuis <input type="checkbox"/> Ziekenhuis <input type="checkbox"/> Elders:		
Bezoek spreekuur arts mogelijk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Zo nee, redten opgeven			

Datum en plaats ongeval

Datum ongeval	
Tijdstip ongeval	
Plaats ongeval (straat)	
Plaatsnaam ongeval	

Toedracht

Wilt u hiernaast duidelijk aangeven welke gebeurtenis er zich heeft voorgedaan en vermelden waarmee verzekerde bezig was toen het ongeval plaatsvond	

Betreft het een ongeval overkomen Tijdens beroep Tijdens beroepsmatig gebruik van houtbewerkingsmachines
 Tijdens motorrijden Buiten beroep

Letsel

Waaruit bestaat het letsel	
Bestaat de kans op blijvende gevolgen	

Omstandigheden

Wie veroorzaakte het ongeluk	
Naam en voorletter(s)	
Postcode en woonplaats	
Waren er motorvoertuigen bij betrokken	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, kentekens en gegevens bestuurder(s)	
Indien van toepassing, van welk motorvoertuig maakte verzekerde gebruik (kenteken)	
Maakte verzekerde gebruik van de veiligheidsgordels	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Werd de politie ingeschakeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja; standplaats politie	

Verklaring

Ondergetekende verklaart:

- voorgaande 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 te overleggen gegevens aan de maatschappij te verstrekken om te dienen tot de vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering;
- van de inhoud van dit formulier te hebben kennisgenomen.

Plaats		Datum	
Handtekening verzekerde			

De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatiesysteem Schade.
Het privacy-reglement van de Stichting CIS is op die registratie van toepassing.

In te vullen door uw assurantie-adviseur

Naam assurantie-adviseur			
Agentschapsnummer		Schadenummer maatschappij	
Clïentnummer tussenpersoon		Schadenummer tussenpersoon	