



## Aangifteformulier schade

# Carrière stop polis

### Polisnummer

### Tussenpersoon

Naam:

Cliëntnummer:

Schadenummer:

### Verzekeringnemer

Volledige naam:

Adres:

Postcode en Woonplaats:

Telefoonnummer zaak:

Mobiel:

Telefoonnummer privé:

Bankrekening:

Relatie tot verzekerde:

### Verzekerde

Achternaam:

Voornamen (eerste voluit):

Geboortedatum:

Geslacht:

man

vrouw

Sofi-nummer:

Burgerlijke staat:

gehuwd

ongehuwd

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer zaak:

Mobiel:

Telefoonnummer privé:

Bankrekening:

E-mailadres:

### Algemeen:

1 Beroep van verzekerde:

Welke rechtsvorm heeft het bedrijf:

B.V.

N.V.

V.O.F

Eenmanszaak

Anders:

Aantal personeelsleden:

Voor welk percentage bestaat de normale arbeidstijd uit?

Handenarbeid

\_\_\_\_%

Administratief

\_\_\_\_%

Leiding/Toezicht

\_\_\_\_%

Reizen

\_\_\_\_%

2 Is verzekerde elders voor arbeidsongeschiktheid, ongevallen (-inzittende) of ziekengeld verzekerd?

Maatschappij:

Polisnummer:

Maatschappij:

Polisnummer:

Verzekerd bedrag:

€

Waar zijn de kosten van geneeskundige behandeling elders verzekerd?

Maatschappij:

Polisnummer:

Eigen risico:

€

3 Is de verzekerde geheel of gedeeltelijk in loondienst?

Nee

Ja:

geheel

gedeeltelijk

Heeft verzekerde een uitkering aangevraagd/verkregen van:

AAW

ZW / WAO

Zo ja: naam werkgever,  
naam bedrijfsvereniging en  
eventueel registratienummer:

Werkgever:  
Bedrijfsvereniging:  
Registratienummer:

Ingangsdatum uitkering:  
bedrag uitkering:

Datum:

€

Arbeidsongeschiktheids-  
percentage:

%

4 Naam en adres van de huisarts:

5 Waaruit bestaan de klachten?

Sinds:

Sinds:

Sinds:

Sinds:

6 Door welke arts/specialist(en)  
wordt verzekerde nu behandeld  
(naam en adres):

7 Op welke datum heeft verzekerde  
zich hierover voor het eerst onder  
geneeskundige behandeling  
gesteld:

Datum:

8 Heeft verzekerde reeds eerder  
aan dezelfde klachten geleden:  
Zo ja, wanneer en hoelang:

Ja

Nee

9 Wie was toen de behandelend  
arts/specialist(en)?  
Adresgegevens:

10 Sinds wanneer heeft verzekerde  
zijn beroepswerkzaamheden  
geheel of gedeeltelijk gestaakt?

Datum:

11 Wanneer verwacht verzekerde  
het werk te kunnen hervatten?

Datum:

12 Waar verblijft verzekerde  
momenteel?  
Volledig adres:

Thuis

Ziekenhuis

Elders:

13 Kan verzekerde op het spreekuur  
van een arts komen?

Ja

Nee

**Alleen in te vullen bij een ongeval:**

14 Waar vond het ongeval plaats?

Volledig adres:

Wanneer vond het ongeval  
Plaats?

Datum:

Tijdstip:

Binnen welke gemeente:

15 Wat was de oorzaak van het  
ongeval?

A.u.b. omschrijving van de toe-  
dracht (zo nodig een situatieschets  
of toelichting op los blad toevoegen).

<b>16</b>	Betreft een ongeval tijdens:	<input type="checkbox"/> Beroepsuitoefening	<input type="checkbox"/> Buiten beroep	<input type="checkbox"/> Motorrijden
<b>17</b>	Waarmee was verzekerde bezig toen het ongeval gebeurde?			
<b>18</b>	Aard van het letsel:			
	Welk lichaamsdeel?	(links/rechts)		
	Bestaat er kans op blijvende gevolgen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
<b>19</b>	Wie veroorzaakte het ongeval?	<input type="checkbox"/> Verzekerde zelf <input type="checkbox"/> Iemand anders		
	Indien iemand anders, naam en adresgegevens:			
<b>20</b>	Waren er motorrijtuigen bij betrokken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
	Zo ja; kenteken, naam en adres van de bestuurder(s):			
<b>21</b>	Van welk voertuig maakte verzekerde gebruik? (indien van toepassing)			
	Voorin/achterin/voorop/achter			
	Bestuurder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
	Gordelgebruik ten tijde van het ongeval (indien van toepassing):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
	Evenals helm dragend:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
<b>22</b>	Werd er proces-verbaal opgemaakt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
	Zo ja, door welke verbalisant en door welk bureau?			
<b>23</b>	Wie waren getuigen van het ongeval? (volledige naam en adresgegevens)			

**Verklaring:**

Ondergetekende verklaart hierbij, dat de verstrekte inlichtingen in ieder opzicht naar waarheid en zonder voorbehoud verstrekt zijn.

De bij de aanvraag van een verzekering/schademelding verstrekte persoonsgegevens en eventuele andere gegevens worden door W.A. Hienfeld B.V. verwerkt ten behoeve van het aangaan van verzekeringsovereenkomsten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude. De gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf" is van toepassing. De volledige tekst van deze gedragscode kunt u bekijken/ opvragen bij het Verbond van Verzekeraars, [www.verzekeraars.nl](http://www.verzekeraars.nl). De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatiesysteem van de in Nederland werkende verzekeringsmaatschappijen. Het privacy-reglement van de Stichting CIS is op die registratie van toepassing. Wij hebben het door het Verbond van Verzekeraars opgestelde Fraudeprotocol ondertekend en voeren dit ook uit.

**Ondertekening**

Datum:
Plaats:

Handtekening betrokkene/belanghebbende:
<i>(bij minderjarigheid: ouder/voogd)</i>

Handtekening Verzekeringnemer:
--------------------------------