



Aangifteformulier schade

Carrière stop polis

Polisnummer

Tussenpersoon

Naam:

Cliëntnummer:

Schadenummer:

Verzekeringnemer

Volledige naam:

Adres:

Postcode en Woonplaats:

Telefoonnummer zaak:

Mobiel:

Telefoonnummer privé:

IBAN-nummer:

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:

IBAN-nummer:

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).

16	Betreft een ongeval tijdens:	<input type="checkbox"/> Beroepsuitoefening	<input type="checkbox"/> Buiten beroep	<input type="checkbox"/> Motorrijden
17	Waarmee was verzekerde bezig toen het ongeval gebeurde?			
18	Aard van het letsel:			
	Welk lichaamsdeel?	(links/rechts)		
	Bestaat er kans op blijvende gevolgen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
19	Wie veroorzaakte het ongeval?	<input type="checkbox"/> Verzekerde zelf <input type="checkbox"/> Iemand anders		
	Indien iemand anders, naam en adresgegevens:			
20	Waren er motorrijtuigen bij betrokken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
	Zo ja; kenteken, naam en adres van de bestuurder(s):			
21	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		
22	Werd er proces-verbaal opgemaakt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
	Zo ja, door welke verbalisant en door welk bureau?			
23	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. 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:
