

Polisnummer:

Schadenummer:

Dit schadeaangifteformulier dient volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend te worden. Opzettelijke onvolledigheid of onwaarachtige opgave kan leiden tot verlies van alle rechten op schadevergoeding. De verzekerden zijn verplicht ook na inzending van het schadeaangifteformulier alle nodige medewerking te verlenen aan de behandeling van een schadegeval.

**Verzekeringnemer**

Naam :

Voornaam :

Geboortedatum :

Geslacht: M V

Adres :

Woonplaats :

Beroep :

Bank/gironummer :

E-mailadres :

Telefoonnummer :

Gehuwd Samenwonend Alleenstaand

**Wie is het ongeval overkomen?**

Naam :

Voornaam :

Geboortedatum :

Geslacht: M V

Adres :

Woonplaats :

Beroep :

Telefoonnummer :

E-mailadres :

Relatie tot verzekeringnemer :

**Ongeval**

**Waar en wanneer (datum en tijd) vond het ongeval plaats?**

Plaats  op (datum)  om  uur

Geef een nauwkeurige beschrijving van het ongeval (toedracht, betrokken personen, eventueel bijzondere omstandigheden etc.)

Zijn er getuigen? Nee Ja, namen, adressen en telefoonnummers van de getuigen:

Is van het ongeval aangifte gedaan bij de politie? (indien proces verbaal is opgemaakt dit meezenden)

Nee Ja, datum van aangifte

Eventuele situatieschets van de toedracht op een aparte bijlage

**Situatie vóór het ongeval**

De volgende vragen hebben allen betrekking op de verzekerde wie het ongeval is overkomen

Had u vóór het ongeval een chronische ziekte en/of lichamelijke of geestelijke aandoening?  Nee  Ja, welke?

Heeft u ooit eerder een ongeval gehad en/of bent u ooit eerder arbeidsongeschikt geweest?

Nee  Ja, alle bijzonderheden vermelden zoals: wanneer, wat waren de gevolgen van dit ongeval, had u hier nog steeds last van, in welke mate bent u arbeidsongeschikt geweest en waarom?

**Letsel**

Welk letsel heeft u opgelopen als gevolg van het huidig ongeval?

**Adres**

Waar bevindt u zich?  Thuis  Ziekenhuis  Elders

Naam :

Adres :  Woonplaats :

**Behandelend  
Geneesheer**

Wanneer bent u voor het eerst naar de dokter gegaan voor de behandeling van de gevolgen van het ongeval?

Op (datum)   Huisarts  Specialist

Naam :

Adres :  Woonplaats :

Wie is (nu) de behandelend geneesheer?

Naam :

Adres :  Woonplaats :

Verwacht deze dat u volledig zult herstellen van het ongeval?

Nee, zult u dan (geheel of gedeeltelijk) invalide zijn?

Ja, wanneer zult u hersteld zijn?

**De hierna volgende vragen zijn alleen van toepassing als tijdelijke arbeidsongeschiktheid en/of kosten geneeskundige behandeling meeverzekerd zijn.**

**Werkgever**

Wie is uw werkgever?

Naam :

Adres :  Woonplaats :

Telefoon :

Hoeveel dagen per week werkt u daar  dagen

**Arbeidsongeschiktheid**

Met ingang van welke datum en in welke mate bent u arbeidsongeschikt?

Sinds (datum)

 Volledig arbeidsongeschikt  Gedeeltelijk arbeidsongeschiktIs uw arbeidsongeschiktheid uitsluitend het gevolg van het ongeval?  Ja  Nee, geef een volledige toelichting

Wanneer verwacht u weer arbeidsgeschikt te zijn? Op (datum)

**Geneeskundige  
behandeling**

Ondergaat u thans een geneeskundige behandeling?

 Nee  Ja, sinds wanneer en waar bestaat deze uit?

Zijn/worden u kosten voor deze geneeskundige behandeling in rekening gebracht

 Nee  Ja, hoe hoog zijn deze kosten en waaruit bestaan ze? (eventueel nota's bijsluiten)

Bent u elders (ook) verzekerd voor deze kosten of kunt u elders om een andere reden hiervoor vergoeding krijgen?

 Nee  Ja, naam, adres, etc. vermelden

Hebt u nota's voor de geneeskundige behandeling daar ook ingediend of zult u dat doen?

 Ja  Nee, waarom niet?

Naar waarheid en beste weten ingevuld,

Plaats : datum :

Bijlagen :  Ja  Nee

Handtekening verzekeringnemer

Stempel ontvangst: