

## SCHADEAANGIFTEFORMULIER ONGEVALLen

Polisnr. \_\_\_\_\_

Verzekeringnemer:

Verzekerde:

Naam : \_\_\_\_\_  
Geboren d.d. : \_\_\_\_\_  
Straatnaam : \_\_\_\_\_  
Postcode : \_\_\_\_\_  
Woonplaats : \_\_\_\_\_

Naam : \_\_\_\_\_  
Geboren d.d. : \_\_\_\_\_  
Straatnaam : \_\_\_\_\_  
Postcode : \_\_\_\_\_  
Woonplaats : \_\_\_\_\_

Begunstigde:

Naam, voorletters, voorvoegsel(s) : \_\_\_\_\_  
Straatnaam : \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_  
Postcode, woonplaats : \_\_\_\_\_  
Bank-/girorekeningnummer : \_\_\_\_\_

-----  
Is het ongeval reeds gemeld? : JA/NEEN \*  
Zo ja, wanneer en aan wie? : \_\_\_\_\_  
-----

### INGEVAL VAN ONGEVAL

Waar en wanneer vond het ongeval plaats? : \_\_\_\_\_  
Plaats (eventueel straatnaam) waar het ongeval  
gebeurde : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wanneer en door wie is eerste hulp verleend? : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wat was de oorzaak van het ongeval? : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A.u.b. omschrijving van de toedracht (zo nodig : \_\_\_\_\_  
een situatieschets of toelichting op los blad  
toevoegen) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Is de verzekerde overleden? : JA, d.d. .... NEEN \*

*Zo ja, s.v.p. meezenden:*

*- bewijs van overlijden*

*(hierbij kunt u denken aan de doktersverklaring, rouwkaart)*

*- akte van erfrecht*

Zo nee, bestaat er kans op blijvende invaliditeit? : JA/NEEN/N.V.T. \*

(Toelichting?)

---

---

---

Welke politie-instantie maakte procesverbaal of rapport op?

: 

---

---

Op welk bureau en wanneer?

: 

---

---

Is er terzake van dit voorval (of deze gebeurtenis) nog iets van belang mede te delen?

: NEEN/JA \*, 

---

---

---

Ruimte voor nadere toelichting:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ondergetekende verklaart de vragen naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 19\_\_

Handtekening verzekeringnemer/ verzekerde/ begunstigde\*

---

\* *s.v.p. doorhalen hetgeen niet juist is*

**Machtiging tot het opvragen en verstrekken van medische gegevens in verband met het ongeval belanghebbende overkomen d.d. .../.../....., kenmerk medisch adviseur:**

**\*Gelieve doorhalen wat niet van toepassing is**

Dossiernummer AIG	
Referentienummer Makelaar / tussenpersoon /werkgever *	
Belanghebbende (voorletters, achternaam-meisjesnaam indien van toepassing)	Dhr / mw.*
Geboortedatum	
Adres, postcode en plaats	
Burgerservicenummer (BSN nummer) (zie rijbewijs & identiteitskaart / paspoort)	
Emailadres(sen)	
(Mobiel) Telefoonnummer (svp graag beide vermelden)	

**Machtigt hierbij de behandelend arts(en)/ therapeuten van belanghebbende, te weten:**

<b>Naam huisarts (en) groep</b>	
<b>Naam huisarts</b>	Dhr / mw*
Adres, postcode, plaats en telefoonnummer huisarts	
<b>Naam en adres ziekenhui(s)(zen)</b>	1.
	2.
<b>Naam behandelend specialist</b> Indien deze specialist aan een van bovenstaande ziekenhuizen is verbonden hoeft u bij het adres slechts het met het ziekenhuis corresponderende nummer te vermelden.	Dhr / mw*: _____ Specialisme: _____ Adres of ziekenhuisnummer: _____ Datum laatste bezoek: _____ Datum komend bezoek: _____ Telefoonnummer: _____

**Handtekening belanghebbende: .....**

**Machtiging tot het opvragen en verstrekken van medische gegevens in verband met het ongeval belanghebbende overkomen d.d. .../.../....., kenmerk medisch adviseur:**

<p><b>Naam behandelend specialist</b></p> <p>Indien deze specialist aan een van bovenstaande ziekenhuizen is verbonden hoeft u bij het adres slechts het met het ziekenhuis corresponderende nummer te vermelden.</p>	<p>Dhr / mw*: _____ Specialisme: _____</p> <p>Adres of ziekenhuisnummer: _____</p> <p>Datum laatste bezoek: _____ Datum komend bezoek: _____</p> <p>Telefoonnummer: _____</p>
<p><b>Naam behandelend (fysio-) therapeut / tandarts</b></p> <p>Indien deze specialist aan een van bovenstaande ziekenhuizen is verbonden hoeft u bij het adres slechts het met het ziekenhuis corresponderende nummer te vermelden.</p>	<p>Dhr / mw*: _____ Specialisme: _____</p> <p>Adres of ziekenhuisnummer: _____</p> <p>Datum laatste bezoek: _____ Datum komend bezoek: _____</p> <p>Telefoonnummer: _____</p>
<p>Indien als gevolg van het ongeval ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden verzoeken wij u hiernaast de opnameperiode, alsmede het betreffende ziekenhuis en de afdeling te vermelden.</p>	

Om aan de medisch adviseur van AIG Europe Limited, Netherlands en zijn/haar medisch secretariaat, alle inlichtingen te verstrekken. Medische gegevens worden door onze medisch adviseur en secretariaat vertrouwelijk behandeld en vertaald in een medisch advies, wat wordt gebruikt voor de beoordeling van uw claim door de schadebehandelaren / experts en of onze opdrachtgever. Voor de afhandeling van uw claim kan onze medisch adviseur ook andere personen, onder zijn / haar verantwoordelijkheid van relevante informatie voorzien of andere specialisten om nadere informatie en/of advies vragen . U gaat er verder mee akkoord dat :

- de medisch adviseur door middel van deze machtiging informatie inwint bij de behandelend medisch sector en of van uw belangenbehartiger ter beoordeling van uw claim en verwerkt in een medisch advies;
- u medewerking verleent aan een medische keuring of onderzoek wanneer de verzekeraar dat in het kader van de beoordeling van de claim wenselijk acht.

Datum:..... Plaats:.....

**Handtekening belanghebbende: .....**