

**SCHADEAANGIFTEFORMULIER ONGEVALLen**

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

**Verzekeringnemer:**

Naam : \_\_\_\_\_

Geboren d.d. : \_\_\_\_\_

Straatnaam : \_\_\_\_\_

Postcode : \_\_\_\_\_

Woonplaats : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Telefoonnr. : \_\_\_\_\_

**Verzekerde:**

Naam : \_\_\_\_\_

Geboren d.d. : \_\_\_\_\_

Straatnaam : \_\_\_\_\_

Postcode : \_\_\_\_\_

Woonplaats : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Telefoonnr. : \_\_\_\_\_

**Begunstigde:**

Naam, voorletters, voorvoegsel(s) : \_\_\_\_\_

Straatnaam : \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

Postcode, woonplaats : \_\_\_\_\_

Bank-/girekeningnummer : \_\_\_\_\_

Is het ongeval reeds gemeld? :  JA  NEE \*

Zo ja, wanneer en aan wie? : \_\_\_\_\_

**INGEVAL VAN ONGEVAL**

Waar en wanneer vond het ongeval plaats? : \_\_\_\_\_

Plaats (eventueel straatnaam) waar het ongeval  
gebeurde : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gegevens van getuigen van het ongeval : \_\_\_\_\_  
(namen, adres, tel.nr., rang) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Heeft verzekerde zich onder geneeskundige :  JA  NEE\*  
behandeling gesteld

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?) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Is er proces verbaal opgesteld :  JA  NEE\*

Welke politie-instantie maakte procesverbaal of rapport op? : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nummer van procesverbaal : \_\_\_\_\_

Is er terzake van dit voorval (of deze gebeurtenis) :  JA  NEE\* \_\_\_\_\_  
 nog iets van belang mede te delen? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**INGEVAL VAN ZIEKENHUISOPNAME**

Wanneer was de eerste opnamedag? : \_\_\_\_\_

Wat is de ontslagdatum uit het ziekenhuis? : \_\_\_\_\_

In welk ziekenhuis bent u opgenomen geweest? : \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Handtekening verzekeringnemer/ verzekerde/ begunstigde\*

\_\_\_\_\_

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

**Medische machtiging**

***Indien nodig zal een eventuele medische machtiging, in verband met onder meer de privacywetgeving, door de medisch adviseur welke door de verzekeraar wordt ingesteld, worden opgevraagd.***