

Schade-aangifteformulier Ziekte en Ongevallen

Zwartendijk 25A, 2681 LN Monster - T (0174) 61 26 70 - F (0174) 63 09 07 - E info@wubbenbauer.nl - www.wubbenbauer.nl

**WUBBEN
BAUER**

Tussenpersoonnummer:

Clïëntnummer tussenpersoon:

Schadenummer maatschappij:

Schadenummer tussenpersoon:

Soort verzekering

Arbeidsongeschiktheid

Ongevallen

Schade Inzittenden

Branche- en polisnummer(s)

Verzekeringnemer

Naam en voorletters

Adres

Postcode en plaatsnaam

Telefoon

Giro- of bankrekeningnummer

Verzekerde

Naam en voorletters

Man Vrouw

Adres

Postcode en plaatsnaam

Telefoon

Geboortedatum

Telefoon thuis

Giro- of bankrekeningnummer

Telefoon bedrijf

01 Beroep van verzekerde

Sinds

Welke rechtsvorm heeft het bedrijf?

B.V.

N.V.

Fa.

Eenmanszaak

Anders

Aantal personeelsleden:

Voor welk percentage bestaat de normale arbeidstijd uit:

Handenarbeid

%

Administratie

%

Leidinggeven/toezicht houden

%

Reizen

%

02 Is verzekerde elders voor arbeidsongeschiktheid, ongevallen (-inzittenden) of ziekengeld verzekerd?

Ja

Nee

Verzekerd bedrag

€

Maatschappij en polisnummer

Waar zijn de kosten van geneeskundige behandelingen elders verzekerd?

Bedrag van het eigen risico

€

03 Is de verzekerde geheel of gedeeltelijk loondienst.

Nee

Ja

Geheel

Gedeeltelijk

Heeft verzekerde een uitkering aangevraagd/verkregen van

ZW/WIA (IVA/WGA)

Zo ja, naam werkgever, naam uitkeringinstantie en eventueel registratienummer.

Ingangsdatum en bedrag uitkering

Arbeidsongeschiktheidspercentage

04 Naam en adres van de huisarts

05 Waaruit bestaan de klachten?

Sinds:

06 Door welke artsen/specialisten wordt verzekerde nu behandeld?

Naam en adres

07 Op welke datum heeft verzekerde zich hiervoor voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld?

08 Heeft verzekerde reeds eerder aan dezelfde klachten geleden?

Ja

Nee

Zo ja, wanneer en hoe lang?

09 Wie was toen de behandeld arts/specialist?

- 10 Sinds wanneer heeft verzekerde zijn beroepswerkzaamheden geheel of gedeeltelijk gestaakt? Datum _____
- Voor welk percentage acht hij zich ongeschikt? Percentage _____ %
- 11 Wanneer verwacht verzekerde het werk te kunnen hervatten? Datum _____
- 12 Verblijft verzekerde thuis, in een ziekenhuis of elders? _____
A.u.b volledig adres _____
- 13 Kan verzekerde op het spreekuur van een arts komen? Ja Nee

Alleen in te vullen bij ongeval

Indien op uw ongevalpolis medische kosten meeverzekerd zijn, dienen de nota's bij uw ziektekostenverzekeraar ingediend te worden. Uw eigen risico kan door bijvoeging van nota's en uitkeringsbewijs van de ziektekostenverzekeraar geclaimd worden onder opgave van naam en polis/inschrijvingsnummer.

- 14 Waar en wanneer vond het ongeval plaats? _____ 20 _____ uur _____ Vm/Nm _____
Plaats (en eventueel straatnaam) waar het ongeval gebeurde _____
- 15 Wat was de oorzaak van het ongeval? _____
A.u.b. omschrijving van de toedracht (zodanig een situatieschets of toelichting op los blad toevoegen) _____
- 16 Betreft het een ongeval overkomen Tijdens beroep Buiten beroep
 Tijdens motorrijden
 Tijdens beroepsmatig gebruik van houtbewerkingsmachines
- 17 Waarmee was de verzekerde bezig toen het ongeval gebeurde? _____
- 18 Waaruit bestaat het letsel (lichaamsdeel, links/rechts)? _____
Bestaat er kans op blijvende gevolgen? Ja Nee
- 19 Wie veroorzaakte het ongeval? _____
Volledige naam en adres _____
- 20 Waren er motorvoertuigen bij betrokken? Ja Nee
Zo ja, kentekens, naam en adres bestuurder(s) _____
- 21 Indien van toepassing, van welk voertuig maakte verzekerde gebruik? _____ Kenteken: _____
Aantal inzittenden ten tijde van het ongeval _____
Werd gebruik gemaakt van veiligheidsgordels ten tijde van het ongeval? Ja Nee
Staat er meer dan één kenteken op naam van verzekerde? Ja Nee
- 22 Wie waren getuige van het ongeval? _____
(volledige naam en adres) _____
- 23 Welke politie-instantie maakte procesverbaal of rapport op? Gemeente Rijks Militaire politie
Op welk bureau? _____ Datum: _____
Is er terzake van dit voorval (of deze gebeurtenis) nog iets van belang mede te delen? Ja Nee

Naar beste weten en overeenkomstig de waarheid ingevuld

Plaats _____ Datum _____ Handtekening verzekeringnemer/verzekerde _____

Alleen in te vullen door de assureur-tussenpersoon

- Is dit voorval reeds gemeld bij de maatschappij? Ja Nee
 Schriftelijk Telefonisch Datum: _____
- Bijlage(n) Bewijs van aangifte _____
- Uit te keren aan _____
- Toelichting _____

