



Schadeaangifteformulier ongevallenverzekering

Algemeen

Polisnummer : _____

Schadenummer : _____

Is de schade al gemeld : Nee Ja, d.d. _____ bij: _____

Uw gegevens

Naam : _____

Roepnaam : _____

man vrouw non-binair anders zeg ik liever niet

Geboortedatum: _____

bedrijf

Straatnaam en nummer : _____

Postcode en Woonplaats : _____

Telefoonnummer privé : _____

Telefoonnummer werk : _____

E-mailadres : _____

IBAN : _____

Recht op aftrek btw : Nee Ja

Bent u elders voor deze schade verzekerd : Nee Ja, bij _____

Polisnummer _____

Schade

Schadedatum : _____ tijd: _____

Plaats/adres schade : _____

Omschrijving van de toedracht : _____

(indien nodig een toelichting op een los blad bijvoegen)

Wie is het ongeval overkomen

Naam : _____

Roepnaam : _____

man vrouw non-binair anders zeg ik liever niet

Straatnaam en nummer : _____

Postcode en Woonplaats : _____

Telefoonnummer privé : _____

Telefoonnummer werk : _____

E-mailadres : _____

IBAN : _____

Aangifte (graag proces-verbaal/bewijs aangifte bijvoegen)

Is politieaangifte gedaan : _____

Datum aangifte : _____

Op welk bureau : _____

Getuigen

Zijn er getuigen : Nee ja, volledige naam en adres _____

Situatie voor het ongeval

(van de verzekerde die het ongeval is overkomen)

Had u voor het ongeval een chronische ziekte en/of lichamelijk letsel of geestelijk gebrek

Nee ja, graag toelichten _____

Bent u eerder arbeidsongeschikt geweest en/of heeft u eerder een ongeval gehad

Nee ja

Zo ja, graag toelichten en daarbij vermelden wanneer het ongeval heeft plaatsgevonden, wat de gevolgen waren en of u daar nog steeds last van had en/of in welke mate u arbeidsongeschikt bent geweest en waarom _____

(indien nodig een toelichting op een los blad bijvoegen)

Welk letsel hebt u opgelopen als gevolg van het ongeval _____

Waar bevindt u zich : thuis ziekenhuis elders, _____

Wanneer bent u voor het eerst naar de dokter gegaan voor de behandeling van de gevolgen van het ongeval, datum : _____

huisarts specialist : Naam _____

Adres _____

Woonplaats _____

Arbeidsongeschiktheid (indien verzekerd)

Wat is uw beroep : _____

Waaruit bestaan uw werkzaamheden : _____

Bent u : volledig arbeidsongeschikt gedeeltelijk arbeidsongeschikt _____%

Sinds : _____

Verhaal

Kan de schade verhaald

worden op een ander : Nee ja, volledige naam en adres _____

Waarom meent u dat : _____

Verzekerd voor de schade : Nee Ja, bij _____

Polisnummer _____

Ondertekening:

Wij behandelen uw persoonlijke gegevens zorgvuldig. We doen dit volgens de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars. U kunt de gedragscode lezen op de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl.

Uw gegevens worden o.a. gebruikt voor de schade-afhandeling. Voor het bestrijden en voorkomen van fraude en beheersen van risico's registreert de verzekeraar de (persoons)gegevens op dit formulier bij Stichting Centraal Informatie Systeem van in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Kijk voor meer informatie en uw rechten in het privacy statement van uw eigen verzekeraar en in het privacyreglement van www.stichtingcis.nl.

De verstrekte (persoons)gegevens worden bewaard door Stichting Centraal Informatie Systeem van in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Het privacyreglement van Stichting CIS is op deze registratie van toepassing.

Soms schakelen wij andere bedrijven in om diensten voor ons uit te voeren, die te maken hebben met de uitvoering van de overeenkomst die wij met u hebben. Met deze bedrijven hebben wij afspraken gemaakt om zorgvuldig met uw gegevens om te gaan, zodat uw privacy gewaarborgd blijft.

Als wij informatie over uw gezondheid of strafrechtelijk verleden verwerken, dan houden wij ons aan de regels die daarvoor gelden.

Ondergetekende verklaart:

- de vragen juist en naar waarheid te hebben beantwoord en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade heeft verzwegen;
- dit schadeaanvraagformulier en eventuele andere aanvullende gegevens aan de verzekeringsmaatschappij te verstrekken, om het recht op uitkering vast te stellen en de omvang van de schade vast te stellen;

- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen;
- bekend te zijn met de bepaling dat bij het opzettelijk invullen van onjuiste informatie of verzwijgen van informatie elk recht op uitkering gedeeltelijk dan wel geheel kan vervallen.

Plaats

Datum

Handtekening

Het ingevulde formulier kunt u sturen naar de schade afdeling van FGD:

- FGD
Afdeling schadebehandeling
Antwoordnummer 6081 8900 VC Leeuwarden
- schade@fgd.nl