

1. GEGEVENS VERZEKERDE

naam en voorletters (1^e voluit)

man vrouw

straat en huisnummer

postcode

plaats

polisnummer

bank- of girorekening

geboortedatum (d-m-j)

2. GEGEVENS ONGEVAL (doktersverklaring meesturen)

datum ongeval (d-m-j)

tijdstip (u:m)

plaats/locatie van ongeval

omschrijving ongeval en aangeven waardoor ongeval werd veroorzaakt (eventueel een situatieschets/toelichting apart meesturen)

omschrijving letsel

bestaat kans op blijvende gevolgen

nee ja, nl.

het betreft een ongeval overkomen

tijdens beroep buiten beroep
 tijdens motorrijden tijdens beroepsmatig gebruik van houtbewerkingsmachines

Wie draagt naar uw mening schuld/wie veroorzaakte het ongeval?

- verzekerde
 onbekend
 tegenpartij, nl.

naam en voorletters

straat en huisnummer

postcode

woonplaats

telefoon

verzekerd bij

polisnummer

Zijn er getuigen van het ongeval?

nee ja

naam en voorletters | geboortedatum (d-m-j)

straat en huisnummer

postcode | woonplaats

naam en voorletters | geboortedatum (d-m-j)

straat en huisnummer

postcode | woonplaats

3. GEGEVENS GENEESKUNDIGE BEHANDELING

datum eerste geneeskundige hulp (d-m-j)

naam arts

straat en huisnummer

postcode | plaats

Waar verblijft u momenteel?

thuis ziekenhuis anders, nl. (volledig adres vermelden)

4. GEGEVENS ARBEIDSONGESCHIKTHEID

beroep | bedrijf

aard werkzaamheden

Hoeveel uren werkt u gemiddeld per week?

Hoe besteedt u deze tijd? (normale omstandigheden) Administratie/Bureauwerk/Personele zaken | uur per week

Leidinggeven/Toezicht/Lesgeven/Instructie | uur per week

Handarbeid/Lichamelijke werkzaamheden | uur per week

Hoeveel arbeid bestaat uit Werken met machines en/of gevaarlijke stoffen | uur per week

Werken op hoogte en/of boven schouderhoogte | uur per week

Tillen en/of bukken | uur per week

Heeft u een nevenfunctie? nee ja, nl.

Bent u in loondienst? nee ja, werkgever

Bent u links- of rechtshandig? linkshandig rechtshandig

Bent u arbeidsongeschikt? geheel gedeeltelijk, nl. % | sinds (d-m-j)

Welke werkzaamheden kunt u wel verrichten?

Worden werkzaamheden die u niet kunt verrichten overgenomen? nee ja, door

Wanneer verwacht u het werk te kunnen hervatten? (d-m-j)

5. ANDERE VERZEKERING

Loopt er thans bij een andere maatschappij een soortgelijke verzekering?

nee ja, per (d-m-j) | maatschappij | polisnummer

verzekerd bedrag A | € | verzekerd bedrag B | €

6. FEITEN

Heeft u feiten te melden die voor het beoordelen van deze schade-aangifte en/of voor de maatschappij van belang kunnen zijn?

nee ja, nl.

7. ONDERTEKENING

Ondergetekende verklaart:

- vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schaden te hebben verzwegen;
- dit schadeformulier, en de eventueel nog nader te verstrekken gegevens aan de maatschappij op te sturen om te dienen tot vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering;
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

datum (d-m-j)

plaats

handtekening verzekeringnemer/verzekerde

De door u verstrekte en nog te verstrekken gegevens kunnen worden opgenomen in een door De Zeeuwse aangehouden cliëntenbestand. Hierop is een privacy-reglement van toepassing. Klachten verband houdende met de verzekering kunnen worden voorgelegd aan de directie van De Zeeuwse, Postbus 50, 4330 AB Middelburg en/of aan: Stichting Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, Postbus 93527, 2509 AG Den Haag, telefoon 0900 3552448, www.kifid.nl.

Algemene Zeeuwse Verzekering Maatschappij N.V., Postbus 50, 4330 AB Middelburg, telefoon (0118) 683 300, fax (0118) 683 399.



MACHTIGING

Voor het verkrijgen van inzicht met betrekking tot de aard en de omvang van het opgelopen letsel, kan het noodzakelijk zijn dat onze geneeskundig adviseur nadere informatie opvraagt bij behandelend medici. Vanzelfsprekend zal dit alleen zijn als de ernst van het letsel hiertoe aanleiding geeft.

De artsen mogen de betreffende gegevens niet zonder uw schriftelijke toestemming verstrekken. Wilt u daarom onderstaande verklaring zo volledig mogelijk invullen en ondertekenen?

MACHTIGING AAN

huisarts (naam)

straat en huisnummer

postcode

woonplaats

en of

specialist (naam)

straat en huisnummer

postcode

woonplaats

aan de geneeskundig adviseur van De Zeeuwse nadere inlichtingen te verstrekken, die van belang kunnen zijn voor de beoordeling van de gevolgen van het betrokkene overkomen ongeval van _____ (d-m-j).

MACHTIGING DOOR

naam

geboortedatum (d-m-j)

datum (d-m-j)

plaats

handtekening