

Schade-Aanmeldingsformulier Ongevallenverzekering

1. Polisnummer _____
Schadenummer _____
2. Naam bedrijf/instelling _____
Contactpersoon _____ M/V
Adres _____
Postcode/Plaats _____
Telefoon _____
IBAN rekeningnummer _____
3. Naam en voorletter(s) verzekerde _____ M/V
Adres _____
Postcode/Plaats _____
Telefoon privé _____ werk _____
IBAN rekeningnummer _____
Geboortedatum _____
Beroep _____
Naam huisarts _____
Adres _____
Postcode/Plaats _____
4. Op welke datum en waar vond het ongeval plaats? _____

Wat is de toedracht en waaruit bestaat het letsel? _____

5. Is het ongeval al bij ons gemeld? Ja Nee
Zo ja, op welke datum? _____
Indien telefonisch, aan wie? _____
6. Wie was/ waren getuige van het ongeval?
Naam _____
Adres _____
Postcode/Plaats _____
Telefoon privé _____ werk _____

Naam _____

Adres _____

Postcode/Plaats _____

Telefoon privé _____ werk _____

Is een proces-verbaal/politierapport opgemaakt? Ja Nee

Zo ja, bij welk bureau? _____

Is het ongeval te wijten aan schuld of nalatigheid van derden? Ja Nee

Zo ja, van wie?

7. Op welke datum vond voor het eerst geneeskundige behandeling plaats? _____

Door welke arts?

Naam _____

Adres _____

Postcode/Plaats _____

Telefoon privé _____ werk _____

Is verzekerde thans nog onder behandeling? Ja Nee

Op welk adres kan verzekerde bereikt worden? _____

Is verzekerde in staat naar het spreekuur van onze controlerend arts te gaan? Ja Nee

Is/was er sprake van opname in een ziekenhuis of verpleeginrichting? Ja Nee

Zo ja, datum opname en naam ziekenhuis of verpleeginrichting _____

Is verzekerde hieruit al ontslagen? Ja Nee

Zo ja, wanneer? _____

Zo nee, wanneer denkt verzekerde hieruit ontslagen te worden? _____

8. Is er sprake van arbeidsongeschiktheid? Ja Nee

Zo ja, wanneer is door verzekerde de arbeid geheel of gedeeltelijk gestaakt? _____

In welke mate vindt verzekerde zichzelf arbeidsongeschikt? _____

Wat is de vermoedelijke duur van de arbeidsongeschiktheid? _____

9. Is verzekerde elders tegen het risico van ongevallen verzekerd? Ja Nee

Zo ja, bij welke maatschappij, onder welk polisnummer en voor welke bedragen? _____

Vraag 10 uitsluitend beantwoorden indien tandheelkundige hulp is meeverzekerd en ingeroepen

10. Op welke datum vond tandheelkundige hulp plaats? _____
Door welke arts?
Naam _____
Adres _____
Postcode/Plaats _____
Is verdere behandeling noodzakelijk? Ja Nee
Zo ja, wanneer vindt deze behandeling plaats? _____
Hoe lang gaat de behandeling duren? _____

Privacy

De persoonsgegevens die u aan ons verstrekt, worden door ons gebruikt voor het verwerken van uw verzoek om informatie, offertes en financiële producten. Tevens gebruiken wij deze persoonsgegevens om eventueel contact met u op te nemen naar aanleiding van de offerte, voor het tot stand brengen van de verzekering en voor de door ons verleende diensten. Wij gaan zorgvuldig om met uw gegevens. Dit vragen wij ook van andere partijen met wie wij uw gegevens delen. Meer informatie over hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens kunt u vinden in onze Privacyverklaring. U vindt deze op www.aon.nl/privacyverklaring.

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 het voorval te hebben verzwegen;
- dit aanmeldingsformulier en de eventueel nader te overleggen gegevens aan verzekeraars te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de hoogte en het recht op uitkering.
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

Aldus naar waarheid ingevuld,

Naam

Plaats

Datum

Handtekening

Om onze medisch adviseur nadere informatie te kunnen laten inwinnen bij de behandelend arts is toestemming van verzekerde nodig. Daartoe graag ondertekening van onderstaande machtiging door verzekerde.

Machtiging

De arts, die verzekerde behandelt of heeft behandeld, wordt gemachtigd aan de medisch adviseur van verzekeraars, op diens verzoek, alle medische informatie te verstrekken met betrekking tot het in dit formulier genoemde ongeval.

Naam

Plaats

Datum

Handtekening

(indien minderjarig handtekening ouder/voogd)

Retouradres

U kunt dit aanvraagformulier verzenden aan Aon Verzekeringen, Antwoordnummer 10015 2200 VB Noordwijk.

Mailen naar av-schade@aon.nl. Voor meer informatie over de schade afhandeling kunt u rechtstreeks contact opnemen met Maaïke Rozet tel. 071 364 3134.

De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Fraude Informatie Systeem Holland.
Het privacyreglement van de Stichting Cis is op die registratie van toepassing.