

Schade-aangifteformulier

- Ongevallenverzekering**
 Dagvergoeding ziekenhuisopname

Bij een ongeval de vragen 1 t/m 6; bij een ziekenhuisopname de vragen 1, 2, 3 en 7.

1. Wat is uw polisnumme : _____

Relatienummer? : _____

2. Gegevens contractant

Naam : _____

Straat : _____

Postcode : _____ Woonplaats : _____

Telefoonnummer : _____ Bank/girorek.nr.: _____

Emailadres : _____

3. Naam van getroffene (patiënt)

Voornamen : _____

Geboortedatum : _____

Beroep : _____

Straat : _____

Postcode/Woonplaats : _____

4. Wanneer vond het ongeval plaats en op welk tijdstip? : _____

Waar vond het ongeval plaats?

Op straat, in huis, werkplaats enz.

Noem het adres : _____

Hoe is het ongeval precies gebeurd? : _____

Waaruit bestaat het letsel? : _____

Door wiens schuld werd het ongeval veroorzaakt? : _____

(naam en adres vermelden)

Bestuurde hij een motorrijtuig? : Ja Nee

Zo ja, welk motorrijtuig? : Merk: _____ Type: _____

Kenteken: _____

5. Welke arts heeft eerste hulp verleend? : _____

Wie is uw huisarts? : _____

Door welke arts wordt getroffene nu behandeld? : _____

Waar wordt getroffene verpleegd? : _____

6. Wie waren de ooggetuigen van het ongeval?

Welke zijn hun adressen? : _____
: _____
: _____

Welke politie-instantie maakte proces-verbaal of een rapport op?

: Gemeente- Rijks- Militaire politie

Gemeente: _____ Bureau: _____

7. In te vullen bij opname in een ziekenhuis

Datum van opname : _____

Aard van de klachten : _____

Sinds wanneer bestaan zij? : _____

Naam en adres huisarts : _____

Naam van behandelend specialist of chirurg : _____

Naam en adres ziekenhuis : _____

Toelichting op de aangifte : _____

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 schade te hebben verzwegen;
- dit schade-aangifteformulier en de eventueel nog nader over te leggen gegevens aan de maatschappij te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering;
- dat hij/zij zich ervan bewust is dat een onjuiste of onvolledige beantwoording van de vragen in dit formulier kan leiden tot vermindering of zelfs verval van het recht op uitkering;
- van de inhoud van dit formulier te hebben kennis genomen.

Plaats

Datum

Handtekening verzekeringnemer

Verwerking Persoonsgegevens

De op dit formulier ingevulde persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen door ons, respectievelijk een andere tot SNS REAAL behorende rechtspersoon, worden verwerkt in een persoonsregistratie. Op de verwerking van de persoonsgegevens is de Gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" van toepassing. De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl. Tevens kunnen alle verstrekte gegevens worden verwerkt in de databank van de Stichting Centraal Informatie Systeem van in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Het privacyreglement van de Stichting CIS is op de registratie van toepassing (www.stichtingcis.nl).

ATTENTIE!

Wilt u dit formulier tijdig sturen aan: **Proteq, Postbus 600, 1800 AP Alkmaar.**