

# SCHADE- AANGIFTEFORMULIER

## Algemene informatie

Tussenpersoonnr	<input type="text"/>	Cliëntnummer Tp	<input type="text"/>
Schadenummer Mij	<input type="text"/>	Schadenummer Tp	<input type="text"/>
Polisnummer(s)	<input type="text"/>		
Naam	<input type="text"/>		
Adres	<input type="text"/>		
Postcode/plaatsnaam	<input type="text"/>	Telefoon privé	<input type="text"/>
Beroep/bedrijf	<input type="text"/>	Telefoon zakelijk	<input type="text"/>
Rekeningnummer	<input type="text"/>	E-mailadres	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>		

## Verzekerde

Naam en voorletter(s)	<input type="text"/>					
Postcode en woonplaats	<input type="text"/>					
Telefoon (9:00-17:00 uur)	<input type="text"/>					
IBAN	<input type="text"/>					
	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw				
Beroep verzekerde	<input type="text"/>	sinds	<input type="text"/>			
Aantal werkuren per week	<input type="text"/>					
Gebruikelijke arbeidstijd	Administratieve werkzaamheden	<input type="text"/>	Handarbeid	<input type="text"/>		
	Toezicht houden/leiding geven	<input type="text"/>	Reizen	<input type="text"/>		
Rechtsvorm bedrijf verzekerde	<input type="checkbox"/> B.V.	<input type="checkbox"/> N.V.	<input type="checkbox"/> v.o.f.	<input type="checkbox"/> Eenmanszaak	<input type="checkbox"/> Anders;	<input type="text"/>
Aantal personeelsleden (exclusief verzekerde)	<input type="text"/>					
Is verzekerd geheel of gedeeltelijk in loondienst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Naam werkgever	<input type="text"/>		
			Adres werkgever	<input type="text"/>		
Is verzekerd elders voor arbeidsongeschiktheid, ongevallen (inzittende) of ziekingeld verzekerd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Maatschappij	<input type="text"/>		
			Polisnummer	<input type="text"/>		

## Arbeidsongeschiktheid

Waaruit bestaan de klachten?

Datum eerste consult

Naam behandelend arts/specialist

Adres arts/specialist

Eerder dezelfde klachten gehad?  Ja  Nee

Zo ja, wanneer en hoe lang?

Wie was des tijds behandeld arts of specialist?

Verblijfplaats verzekerde  Thuis  Ziekenhuis  Elders;

Bent u arbeidsongeschikt (geweest) ten  Nee  
gevolge van dit ongeval? En zo ja,  Ja van  tot  %  
gedurende welke periode(n) en in welke  Ja van  tot  %  
mate (percentage)?  Nee

Bezoek spreekuur arts mogelijk?  Ja  Nee

Zo nee, reden opgeven

### Datum en plaats ongeval

Datum ongeval  Tijdstip ongeval

Plaats ongeval (straat)

Plaatsnaam ongeval

### Toedracht

Wilt u hiernaast aangeven welke gebeurtenis er zich heeft voorgedaan en vermelden waarmee verzekerde bezig was toen het ongeval plaatsvond.

Betreft het een ongeval overkomen  Tijdens beroep  Tijdens beroepsmatig gebruik van houtbewerkingsmachines  
 Tijdens motorrijden  Buiten beroep

### Letsel

Waaruit bestaat het letsel?

Heeft u nog klachten als gevolg van het ongeval?

Bestaat de kans op blijvende gevolgen?

Welke behandelingen zullen nog plaatsvinden? (met invulvak zoals bij de vragen erboven)

## Verklaring

Ondertekende verklaart:

- voorgaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en vertrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen;
- dit schade- aangifteformulier en de eventueel nog nader te overleggen gegevens aan de maatschappij te verstrekken om te dienen tot de vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering;
- van de inhoud van dit formulier te hebben kennisgenomen.

Plaats

Datum

Handtekening verzekerde

**Bewaar**

**Print**

**Wis**

De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatiesysteem Schade.

Het privacy-reglement van de Stichting CIS is op die registratie van toepassing.