

Arbeidsongeschiktheids-, ongevallen- en ziekengeldverzekering



Postbus 1008
7550 VB Hengelo

(volledige invulling voorkomt vertraging van de schadevergoeding!)

Verzekering

Arbeidsongeschiktheid Ongevallen

Polisnummer(s)

Tussenpersoonnummer

Schadenummer tussenpersoon

Schadenummer maatschappij

Verzekerde

Naam en voorletters

m v

Geboortedatum

Bank-/gironummer

Adres

Postcode/Woonplaats

Telefoon thuis

Telefoon werk

Indien de verzekerde een ander is dan verzekeringnemer

Naam en voorletters

m v

Adres

Postcode

Bank-/gironummer

1. Is deze schade reeds (telefonisch) gemeld?

Nee Ja

Zo ja, wanneer en aan wie

2. Beroep van de verzekerde?

Sinds:

Welke rechtsvorm heeft het bedrijf:

B.V. VOF Eenmanszaak

Anders, nl

Aantal personeelsleden

De arbeid is:

Handenarbeid

% uur

Administratie

% uur

Leidinggeven/toezichhouden

% uur

Reizen

% uur

Hoeveel uur werkt verzekerde gemiddeld per week

uur

3. Is verzekerde elders voor arbeidsongeschiktheid of ongevallen (-inzittenden) verzekerd?

Nee Ja

Verzekerde bedragen

Rubriek A.

€

Rubriek B.

€

Maatschappij

polisnummer

Is aangifte gedaan bij die andere maatschappij?

Nee Ja

Waar zijn de kosten van geneeskundige behandeling verzekerd?

Maatschappij

polisnummer

Bedrag eigen risico

€

4. Is verzekerde geheel of gedeeltelijk in loondienst?

Nee Ja, geheel Ja, gedeeltelijk

Heeft verzekerde een uitkering aangevraagd/verkregen op grond van:

ZW WAO

Zo ja, naam werkgever

naam bedrijfsvereniging

registratienummer

Ingangsdatum van bedrag van uitkering?

Bedrag van uitkering

€

Arbeidsongeschiktheidspercentage Arbodienst/UWV

%

5. Waaruit bestaan de klachten? (s.v.p. nauwkeurig omschrijven)

Sinds

6. Wie is uw huisarts?

Adres

Postcode/Woonplaats

7. Op welke datum heeft verzekerde zich voor huidige klachten voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld? Datum
 Bij welke arts/specialist
8. Door welke artsen/specialisten wordt verzekerde nu behandeld?
 Naam
 Adres/ziekenhuis
 Woonplaats
9. Sinds wanneer heeft verzekerde op last van de behandelend geneesheer zijn beroepswerkzaamheden geheel of gedeeltelijk moeten staken? Datum
 Voor welk percentage acht verzekerde zich ongeschikt om zijn dagelijkse werkzaamheden te verrichten? %
10. Heeft verzekerde reeds eerder aan dezelfde klachten geleden? Nee Ja
 Zo ja, wanneer en hoelang
11. Wie waren toen behandelend artsen/specialisten?
12. Wanneer verwacht verzekerde het werk geheel of gedeeltelijk te kunnen hervatten? Datum
 Voor 100% of voor %
13. Verblijft verzekerde momenteel thuis ziekenhuis elders
 Indien elders a.u.b. volledig adres invullen
 Adres
 Postcode/woonplaats
 Bij verpleging elders, wanneer verwacht verzekerde weer thuis te zijn? Datum
14. Kan verzekerde op het spreekuur van een arts komen? Nee Ja

Alleen in te vullen bij Lasten-AOV

15. Hoeveel betaalt verzekerde maandelijks aan rente en aflossing c.q. huur? €
 (bewijs als bijlage met dit formulier meesturen)

Alleen in te vullen bij ongeval

N.B. Nota's voor medische kosten dienen bij de eigen ziektekostenverzekeraar of het ziekenfonds te worden ingediend. Indien op de ongevallenverzekering medische kosten zijn meeverzekerd kan verzekerde daarna het ingehouden eigen risico claimen op zijn ongevallenpolis, uitsluitend onder bijvoeging van de (kopie) nota's en de uitkeringbrief van zorgverzekeraar.

16. Waar en wanneer vond het ongeval plaats? Datum uur Vm/Nm
 Plaats (eventueel straatnaam) waar het ongeval gebeurde
17. Wat was de oorzaak van het ongeval? A.u.b. duidelijke omschrijving van de toedracht (zo nodig een situatieschets of toelichting op los blad toevoegen).
18. Waaruit bestaat het letsel? (Lichaamsdeel, links/rechts)
19. Werd proces-verbaal opgemaakt?
 Zo ja, door welke instantie?
20. Is er terzake dit ongeval (of deze gebeurtenis) nog iets van belang mee te delen? Nee Ja, namelijk

Ondergetekende verklaart

- Voorgenoemde vragen en opgave naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen;
- door de maatschappij benodigde gegevens te zullen verstrekken welke dienen ter vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering.
- van de volledige inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

Plaats	Datum	Handtekening verzekerde
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bijlage(n) (aantal en specificaties)		
<input type="text"/>		

- I Het recht op uitkering vervalt indien ondergetekende bijzonderheden heeft verzwegen of onjuiste gegevens heeft verstrekt met betrekking tot deze schade die van invloed zijn op de dekking van deze verzekering of uitkering.
- II Gegevens van Medische aard kunnen direct in een gesloten enveloppe t.a.v. de geneeskundig adviseur aan de maatschappij worden toegezonden. Ook de schadebehandelaar heeft beroepshalve de plicht medische gegevens die hij onder ogen krijgt strikt vertrouwelijk te behandelen.
- III De op dit formulier ingevulde persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de maatschappij gevoerde cliëntenregistratie. Op deze persoonsregistratie is een privacyreglement van toepassing. Aanmelding van deze registratie bij de Registratiekamer is gedaan op 27 augustus 1990. Een afschrift van het formulier van aanmelding ligt voor een ieder te inzage bij de NVS Confior Inkomensverzekeraar N.V.