SCHADEMELDING COLLECTIEVE ONGEVALLENVERZEKERING ABN

S.V.P. ALLE VRAGEN VOLLEDIG BEANTWOORDEN - EEN STREEP GELDT NIET ALS ANTWOORD
AANKRUISEN HETGEEN VAN TOEPASSING IS
LET OP! DIT FORMULIER DIENT DOOR ZOWEL DE WERKGEVER ALS DE WERKNEMER TE WORDEN ONDERTEKEND

Polisnummer: 5098013 Schadenummer: ☐

1. GEGEVENS WERKGEVER

Naam : _____
Postadres : _____
Postcode : _____ Woonplaats: _____
Telefoonnummer : _____ ☐ prive ☐ zaak
Registratienummer SFB werkgever : _____

2. GEGEVENS WERKNEMER

Naam en voorletters : _____ ☐ vrouw ☐ man
Huisadres : _____
Postcode : _____ Woonplaats: _____
Telefoonnummer overdag : _____ ☐ prive ☐ zaak
Bank-/Postbanknummer : _____
Nationaliteit : _____ Geboortedatum: _____-_____-_____
Burgerlijke staat : _____ Beroep/functie: _____
Registratienummer SFB werknemer : _____ Sofinummer: _____
Datum indiensttreding : _____-_____-_____
Datum eventueel einde dienstverband : _____-_____-_____

3. WAAR EN WANNEER VOND HET ONGEVAL PLAATS?

Datum : _____-_____- 20____ Tijdstip: _____ uur
Plaats (gemeente van het ongeval) : _____
Waar vond het ongeval plaats? : _____
op straat, in huis, het werk, etc. _____
(gaarne adres vermelden) _____

4. HET ONGEVAL

Hoe is het ongeval precies gebeurd? : _____
_____
_____

Waarmee was de werknemer bezig op het
moment van het ongeval? : _____
_____

Wat is de aard van het letsel? : _____
_____

Naam en adres van getuigen : _____
_____
_____

Is een proces-verbaal/rapport opgemaakt? : ☐ ja ☐ nee
Zo ja, door wie? : _____ Te: _____
Heeft een derde schuld aan het ongeval? : ☐ ja ☐ nee
Zo ja, wie? : _____
Was er een motorrijtuig betrokken bij
het ongeval? : ☐ nee ☐ ja, kenteken(s) _____-_____-_____ en _____-_____-_____

5. MEDISCHE GEGEVENS WERKNEMER

Wie verleende de eerste medische hulp? : _____

Datum : _____-_____- 20____ Tijdstip: _____ uur

Bent u in het ziekenhuis opgenomen? : ☐ ja ☐nee

Zo ja, welk ziekenhuis en tot hoelang? : _____

Bent u nu nog onder behandeling? : ☐ ja ☐nee

Zo ja, door welke arts(en)/specialist(en)? : naam _____

adres _____

naam _____

adres _____

Geschatte duur van de behandeling : _____

Acht de thans behandelend medicus de kans op blijvende invaliditeit aanwezig? : ☐ ja ☐ nee ☐ nog niet bekend

6. ANDERE VERZEKERINGEN

Bent u elders ook tegen ongevallen verzekerd? : ☐ ja ☐ nee

Zo ja, : soort verzekering _____

naam maatschappij _____

polisnummer _____

verzekerd(e) bedrag(en) _____

7. TOELICHTING/VERVOLG VAN HET ANTWOORD OP VRAAG .....

_____

_____

_____

_____

8. SLOTVRAAG

Is er ter zake van dit ongeval nog iets van belang mede te delen?

_____

_____

_____

_____

De op dit formulier ingevulde gegevens en de eventueel nader over te leggen gegevens dienen tot vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering en worden opgenomen in door WUTHRICH en/of verzekeraars gevoerde persoonsregistraties resp. het Fraude Informatie Systeem Holland (FISH).

Ondergetekenden verklaren alle vragen naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en geen bijzonderheden met betrekking tot dit ongeval te hebben verzwegen, alsmede bekend te zijn met de bepaling, dat bij onware opgave elk recht op uitkering vervalt.

Te _____,_____ 20 ___

Naamstempel en handtekening werkgever

Te _____,_____ 20 ___

Handtekening werknemer

Dit formulier gaarne volledig ingevuld en ondertekend zenden/faxen/e-mailen aan afdeling variaschade van WUTHRICH:
Postbus 14092, 3508 SC UTRECHT
Fax: 030 – 2549107
E-mail: variaschade@wuthrich.nl