

MELDINGSFORMULIER ONGEVALLENVERZEKERING CAO-AFBOUW



let op ! verplichting bij een ongeval:

- in geval van overlijden binnen 72 uur na het ongeval melden
- bij kans op blijvende invaliditeit binnen 8 dagen na het ongeval melden

GEGEVENS WERKNEMER = U = ONDERGETEKENDE

naam en voorletters : _____

geboortedatum : [] - [] - []

geslacht : man vrouw

huisadres : _____

postcode en plaats : _____

telefoonnummer overdag : _____

e-mailadres : _____

IBAN-rekeningnummer : _____

burgerlijke staat : gehuwd geregistreerd partnerschap ongehuwd

registratienummer APG : _____ ← APG is de pensioenuitvoerder
[let op: zonder dit nummer kan uw melding niet in behandeling worden genomen]

beroep/ functie : _____

datum indiensttreding : [] - [] - []

soort arbeidsovereenkomst : fulltime parttime oproepkracht
[let op: kopie arbeidsovereenkomst / contract en recente loonstrook bijvoegen]

GEGEVENS WERKGEVER

bedrijfsnaam : _____

kantoor-/bezoekadres : _____

postcode + woonplaats : _____

aansluitingsnummer APG : _____ ← APG is de pensioenuitvoerder
[let op: zonder dit nummer kan uw melding niet in behandeling worden genomen]

GEGEVENS BETREFFENDE HET ONGEVAL

datum en tijdstip van het ongeval : [] - [] - [] circa [] . [] uur
 tijdens het werk tijdens woon-/werkverkeer in privétijd

waar gebeurde het ongeval? : _____
[noem in ieder geval adres en plaats]

door welke oorzaak gebeurde het ongeval? : _____
[benoem ook de omstandigheden]

tijdens welke bezigheden gebeurde het ongeval? : _____

zijn er getuigen? : nee ja, te weten: _____

naam en adres [getuige 1] _____

naam en adres [getuige 2] _____

heeft een derde schuld aan het ongeval? : nee ja, te weten: _____

naam en adres [schuldige 1] _____

naam en adres [schuldige 2] _____

is er proces-verbaal opgemaakt? : nee ja, op [] - [] - []

door _____

GEGEVENS BETREFFENDE HET LETSEL

welk letsel is door het ongeval ontstaan? : _____

wat zijn de klachten? : _____

is er volgens de huidige behandelend arts kans op blijvende invaliditeit aanwezig? : nee nog niet bekend ja

is of wordt het werk weer hervat? : nee nog niet bekend ja, op [] - [] - []

bent u elders ook tegen ongevallen verzekerd? : nee ja, bij _____

polisnummer(s) _____

alleen indien van toepassing:

wat is de doodsoorzaak? : _____

GEGEVENS BETREFFENDE DE GENEESKUNDIGE BEHANDELING

op welke datum vond de eerste geneeskundige behandeling plaats? : [] - [] - []

door wie werd die verleend? : _____

bent u in het ziekenhuis opgenomen? : nee ja, in het _____

bent u op dit moment nog onder geneeskundige behandeling? : nee ja, door: huisarts specialist

naam en adres [huisarts] _____

naam en adres [specialist] _____

wat is de geschatte duur van de behandeling? : _____

ANDERE VERZEKERINGEN

elders tegen ongevallen verzekerd? : nee ja

naam verzekeraar(s) : _____

polisnummer(s) : _____

soort verzekering(en) : _____

verzekerd(e) bedrag(en) : _____

is er ter zake van deze schade nog iets van : _____
belang om mee te delen? _____

ONDERTEKENING

De op dit meldingsformulier ingevulde gegevens en de eventueel nader over te leggen gegevens dienen tot vaststelling van de omvang van het recht op uitkering en worden opgenomen in door verzekeraars gevoerde persoonsregistraties. Ook kunnen zij worden verwerkt in het Centraal Informatie Systeem (CIS) voor in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Het privacyreglement van de Stichting CIS is op die registratie van toepassing.

Ondergetekende verklaart:

- als werknemer onder de cao Afbouw te vallen;
- toestemming te verlenen de registratie/aansluitingsnummers bij APG (de pensioenuitvoerder) te verifiëren;
- ten tijde van de datum waarop het ongeval gebeurde bij de opgegeven werkgever in dienst te zijn (geweest);
- bovenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en naar waarheid te hebben beantwoord en uitgelegd;
- geen bijzonderheden over het ongeval en het letsel te hebben verzwegen;
- dit schadeaangifteformulier en de eventueel nog aan te leveren gegevens aan WUTHRICH te verstrekken, zodat vastgesteld kan worden wat de omvang van de schade is en op welke vergoeding aanspraak kan worden gemaakt;
- van de inhoud van dit schadeaangifteformulier kennis te hebben genomen;
- bekend te zijn met de voorwaarde dat bij onjuiste of onware opgave van gegevens elk recht op vergoeding kan vervallen.

DATUM EN PLAATS	[] - [] - [] plaats:
HANDTEKENING	

Dit formulier graag ingevuld en ondertekend scannen en mailen naar schade@wuthrich.nl.
Of opsturen naar Postbus 14092, 3508 SC UTRECHT.