



Aangifteformulier schade

Ongevallen

Verplichting bij een ongeval:

In geval van **overlijden** dient uiterlijk **binnen 48 uren** na het ongeval **per telefoon, fax of e-mail** aangifte te worden gedaan bij assuradeuren.

Bij een kans op **blijvende invaliditeit** dient hiervan uiterlijk **binnen 8 dagen** na het ongeval **schriftelijk** melding te worden gedaan.

Polisnummer:

Gegevens werkgever (indien van toepassing)

Naam en adres van de werkgever:

Contactpersoon van het bedrijf:

Telefoonnummer:

Persoonsgegevens

Naam van de betrokkene:

Adres, postcode en

woonplaats: Geboortedatum:

BSN-nummer (voorheen soft-nummer):

Beroep:

Telefoonnummer zaak:

Telefoonnummer privé:

E-mailadres:

1. Gebeuren

Waar vond het ongeval plaats? (volledig adres)

Wanneer vond het ongeval plaats?

Datum: Tijdstip:

Binnen welke gemeente?

2. Toelichting

Duidelijke omschrijving van de schade-gebeurtenis alsmede vermelding van de oorzaak van het ongeval:

3. Afloop

Aard van het letsel:

Doodsoorzaak:

4. Betrokken voertuig

Merk auto / motor / bromfiets:

Kenteken:

Merk fiets:

5. Vragen m.b.t. het voertuig

Plaats in of op het voertuig:

voorin achterin voorop achterop

Bestuurder:

Ja Nee

Gordelgebruik ten tijde van het ongeval:

Ja Nee N.v.t.

Helmdragend ten tijde van het ongeval:

Ja Nee N.v.t.

6. Politie

Werd er proces-verbaal opgemaakt?

Ja Nee

Zo ja, door welke verbalisant en door welk bureau?

W.A. Hienfeld

B.V. | Postbus 75133, 1070 AC Amsterdam | Wisselwerking 16, 1112 XM Diemen
Telefoon 020 - 5 469 469 | Fax 020 - 6 427 701 | www.hienfeld.nl | info@hienfeld.nl IBAN
NL66ABNA0411349600 | K.v.K. Amsterdam 33240513 | WFT 12003685

7. Getuigen

Namen en adressen van eventuele getuigen:

8. Gebruik medisch adviseur

Naam, adres, woonplaats, telefoonnummer

- van huisarts:

- van specialist(en):

Op welke dag, hoe laat en door welke arts werd eerste geneeskundige hulp verleend?

Staat betrokkene nog onder geregelde geneeskundige behandeling?

Duur van de behandeling (geschat)? Op welke datum heeft betrokkene de werkzaamheden gestaakt?

Ja Nee

Waar en wanneer kan de controlerend arts van assuradeuren de betrokkene bezoeken?

9. Algemeen

Welke mededeling kunt u nog doen, die voor de beoordeling van dit ongeval van belang kan zijn?

Is het ongeval te wijten aan de schuld van derden?

Ja Nee

Zo ja, wie?

Is de betrokkene nog bij een andere maatschappij verzekerd tegen ongevallen?

Ja Nee

Is er een auto-inzittende polis?

Ja Nee

Zo ja, bij welke maatschappij?

Hoe is de schade bij die instelling bekend? Polisnummer:

Schadenummer:

Verklaring

Ondergetekende verklaart hierbij, dat de vorenstaande inlichtingen in ieder opzicht naar waarheid en zonder voorbehoud verstrekt zijn.

De bij de aanvraag van een verzekering/schademelding verstrekte persoonsgegevens en eventuele andere gegevens worden door W.A. Hienfeld B.V. verwerkt ten behoeve van het aangaan van verzekeringsovereenkomsten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude. De gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf" is van toepassing. De volledige tekst van deze gedragscode kunt u bekijken/ opvragen bij het Verbond van Verzekeraars, www.verzekeraars.nl. De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatiesysteem van de in Nederland werkende verzekeringsmaatschappijen. Het privacy-reglement van de Stichting CIS is op die registratie van toepassing. Wij hebben het door het Verbond van Verzekeraars opgestelde Fraudeprotocol ondertekend en voeren dit ook uit.

Ondertekening

Datum:

Plaats:

Handtekening betrokkene/belanghebbende:

(bij minderjarigheid: ouder/voogd)

Handtekening Verzekeringnemer: