

## Assurantiën

Relatienummer \_\_\_\_\_  
 Polisnummer \_\_\_\_\_  
 Schadenummer \_\_\_\_\_  
 Maatschappij \_\_\_\_\_  
 Subag./coll.nr. \_\_\_\_\_  
 Behandelaar \_\_\_\_\_

## Schadeaangifteformulier ziekte en ongevallen

### Gegevens

Voorletters \_\_\_\_\_  
 Naam \_\_\_\_\_  Man  Vrouw  
 Adres \_\_\_\_\_  
 Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats \_\_\_\_\_  
 Telefoon privé \_\_\_\_\_ Zaak \_\_\_\_\_ Mobiel \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_ E-mail adres \_\_\_\_\_  
 Bank-/Postbanknr \_\_\_\_\_ Is er recht op aftrek btw?  Ja  Nee  
 Beroep/bedrijf \_\_\_\_\_ Geboortedatum \_\_\_\_\_

### Soort

Voor welk percentage bestaat de normale arbeidstijd uit

Handenarbeid _____ %
Administratie _____ %
Leidinggeven _____ %
Reizen _____ %

Is verzekerde elders voor arbeidsongeschiktheid, ongevallen of ziekengeld verzekerd?  Ja  Nee

Maatschappij \_\_\_\_\_  
 Polisnummer \_\_\_\_\_  
 Verzekerd bedrag € \_\_\_\_\_

Waar zijn de kosten van geneeskundige behandeling elders verzekerd? \_\_\_\_\_  
 Bedragen eigen risico: € \_\_\_\_\_

Is verzekerde geheel of gedeeltelijk in loondienst  Ja  Nee  
 Geheel  Gedeeltelijk

Heeft verzekerde een uitkering aangevraagd/verkregen van  WIA Eventueel registratie \_\_\_\_\_  
 Nummer \_\_\_\_\_

Ingangsdatum uitkering \_\_\_\_\_ Bedrag uitkering: \_\_\_\_\_

Naam en adres van de huisarts \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Waaruit bestaan de klachten \_\_\_\_\_ Sinds \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_

Door welke artsen/specialisten wordt verzekerde nu behandeld \_\_\_\_\_  
 Naam arts/specialist: \_\_\_\_\_  
 Adres arts/specialist: \_\_\_\_\_

Op welke datum heeft verzekerde zich voornoemde klachten \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_  
 voor het eerst onder behandeling gesteld.

Heeft verzekerde reeds eerder aan dezelfde klachten geleden  Ja  Nee

Zo ja, wanneer \_\_\_\_\_  
 Hoelang \_\_\_\_\_  
 Wie was destijds de behandelend arts/specialist \_\_\_\_\_

Sinds wanneer heeft verzekerde zijn beroepswerkzaamheden \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_  
 geheel of gedeeltelijk gestaakt \_\_\_\_\_  
 Voor welk percentage acht hij/zij zich ongeschikt: \_\_\_\_\_ %

Wanneer verwacht verzekerde het werk te kunnen hervatten \_\_\_\_\_  
 Waar verblijft verzekerde  Thuis  Ziekenhuis  Elders

## Vervolg soort

Geef a.u.b. het volledige adres waar verzekerde momenteel verblijft \_\_\_\_\_

Kan verzekerde op het spreekuur van een arts komen  Ja  Nee

## Alleen in te vullen bij een ongeval (s.v.p. dan zo volledig mogelijk)

Indien op uw ongevallenverzekering geneeskundige kosten meeverzekerd zijn, dienen nota's bij uw zorgverzekeraar ingediend te worden. Uw eigen risico kan door bijvoeging van nota's en uitkeringsbewijs van de zorgverzekeraar geclaimd worden door opgave van uw naam en polis-/inschrijvingsnummer.

Waar en wanneer vond het ongeval plaats

Evt. straatnaam/plaats \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Tijd \_\_\_\_\_

Wat was de oorzaak van het ongeval. A.u.b. beknopte omschrijving van de toedracht. (zo nodig een situatieschets of toelichting op los blad bijvoegen) \_\_\_\_\_

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

Waar was verzekerde mee bezig toen het ongeval gebeurde \_\_\_\_\_

Waaruit bestaat het letsel \_\_\_\_\_

(lichaamsdeel, links/rechts) \_\_\_\_\_

Bestaat er kans op blijvende gevolgen  Ja  Nee

Wie veroorzaakte het ongeval \_\_\_\_\_

Volledig naam & adres \_\_\_\_\_

Waren er motorvoertuigen bij het ongeval betrokken?  Ja  Nee

Zo ja, kentekens, naam en adres bestuurders is \_\_\_\_\_

Indien van toepassing, van welk voertuig maakte verzekerde gebruik \_\_\_\_\_

Kenteken \_\_\_\_\_

Aantal in/opzittenden ten tijde van ongeval: \_\_\_\_\_

Werd gebruik gemaakt van veiligheidsgordels ten tijde van het ongeval  Ja  Nee

Staan er meerdere kentekens op naam van verzekerde?  Ja  Nee

Welke politie-instantie maakte proces-verbaal of rapport op  politie  Militaire politie

Op welk bureau \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 19\_\_\_\_\_

Is er ter zake van dit ongeval (of deze gebeurtenis) nog iets van belang mede te delen \_\_\_\_\_

Naar beste weten en overeenkomstig de waarheid ingevuld,

Plaats: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening : \_\_\_\_\_

Meeüs Assurantiën bv is dochteronderneming van Meeüs Groep bv, onderdeel van AEGON, en heeft een vergunning in het kader van de Wet financiële dienstverlening, nr. 12008358. Meeüs Assurantiën bv is statutair gevestigd in Amersfoort, handelsregister 20009028, Stationsplein 121, 3818 LE Amersfoort.  
Postadres: Nevelgaarde 60, Postbus 1259, 3430 BG Nieuwegein.

Uw persoonsgegevens worden door Meeüs Groep bv (onderdeel van AEGON) verwerkt ten behoeve van het bemiddelen bij verzekeringsovereenkomsten; het bemiddelen in aan- en verkoop van particulier en zakelijk onroerend goed; voor het uitvoeren van marketingactiviteiten en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen.

### Alleen in te vullen door de assurantie-tussenpersoon

Is dit voorval reeds gemeld bij de maatschappij?

Ja  Nee

Schriftelijk d.d. \_\_\_\_\_

Telefonisch d.d. \_\_\_\_\_