

Schadeformulier voor Ongevallenverzekering

Wij adviseren u dit formulier volledig in te vullen en direct op te sturen als verzekerde een ongeval is overkomen.
Dit bevordert een snelle behandeling!

Polisnummer

Schadenummer

Verzekeringsadviseur Naam

Adres

Postcode/Woonplaats

Telefoonnummer

Relatienummer

Verzekeringnemer/contractant (collectief)

Naam

Adres

Postcode/Woonplaats

Telefoonnummer

(Post)bankrekeningnummer

Contactpersoon

Verzekerde (man/vrouw) *

Naam

Geboortedatum

Adres

Postcode/Woonplaats

Telefoonnummer

(Post)bankrekeningnummer

1 Ongeval

- a Datum en uur van het ongeval? om uur
- b Wilt u hiernaast de toedracht van het ongeval vermelden. (gebruik zonodig de ruimte voor nadere toelichting)
- c Waaruit bestaat het letsel?
- d Wanneer begonnen de klachten?
- e Hoe luidt de diagnose?
- f Heeft u deze klachten eerder gehad? ja nee
- Zo ja, wanneer en hoelang?

2 Geneeskundige behandeling

- a Huisarts verzekerde Naam
- Adres
- Postcode/Woonplaats
- b Op welke datum werd de eerste geneeskundige hulp verleend?
- c Door wie?
- d Verblijft u thuis, in een ziekenhuis of elders? S.v.p. adres opgeven.
- e Bent u onder behandeling bij een specialist? ja, naam specialist nee
- Zo ja, bij welk ziekenhuis? S.v.p. adres ziekenhuis ook opgeven.
- f Kunt u naar een arts (in uw omgeving) gaan ter controle? ja nee

* Doorhalen wat niet van toepassing is



Machtiging

Zowel voor u als voor ons is het van belang dat dubbele en dus onnodige keuringen voorkomen worden.

Wij verzoeken u dan ook dringend deze machtiging in te vullen en te ondertekenen.

Ik, de heer/mevrouw: _____, geboortedatum: _____ machtig hiermee:

- 1 mijn huisarts,
- 2 mijn behandelend en controlerend specialist,
- 3 de medisch adviseur van mijn belangenbehartiger of advocaat,
- 4 de medisch adviseur van de aansprakelijkheidsverzekeraar van de tegenpartij,
- 5 andere onafhankelijke keurende artsen of specialisten die mij onderzochten,

om inlichtingen te verstrekken aan de medisch adviseur van Fortis ASR Schadeverzekering N.V. over het onderzoek en/of de behandeling van het letsel dat ik oplep door het ongeval op _____ (datum).

Deze informatie heeft de medisch adviseur van Fortis ASR nodig om mijn klachten goed te beoordelen.

Plaats Datum Handtekening

Ondertekening

Ondergetekende verklaart kennis te hebben genomen van de inhoud van dit formulier en de vragen naar beste weten, volledig en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en de gegevens te hebben verstrekt ter vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering. De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatiesysteem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Het Privacyreglement van de Stichting CIS is op die registratie van toepassing.

Plaats Datum Handtekening Handtekening
verzekersadviseur verzekerde
