



SCHADEFORMULIER ONGEVALLLENVERZEKERING
CLAIM FORM FOR ACCIDENT INSURANCE

Dit schadeformulier kunt u zenden aan: Aon Hewitt/Corporate Wellness
This claim form may be sent to: Postbus 518
3000 AM Rotterdam / The Netherlands

1. Naam bedrijf _____
Name of company

Polisnummer _____
Policy number

Naam en voorletters verzekerde _____ M / V
Name and initials insured

Adres _____
Address

Postcode _____ Woonplaats _____
Area code Town/city

Land _____
Country

Telefoon _____ Geboortedatum _____
Telephone Date of birth

Beroep _____
Occupation

Datum indiensttreding _____ Vast dienstverband / uitzendkracht / stagiair
Date of employment Permanent / temporary / trainee

Bank/girokekeningnummer _____
Bank/giro account number

Voor betalingen naar het buitenland willen wij graag de volgende gegevens:
For payments abroad we need the following information:

Naam en adres van de bank _____
Name and address of the bank

Iban code _____

National bank code _____

Bic/Swiftcode bank _____

2. Bent u elders tegen het ongeval verzekerd? ☐ Ja ☐ Neen
Are you insured elsewhere against this accident? Yes No

Zo ja, Maatschappij _____ Polisnummer _____
If so, Company Policy number

3. Wanneer is het ongeval ontstaan? Datum _____ Tijd _____
When did the accident occur? Date Time

Plaats _____ Land _____
Place Country

Toedracht (zonodig een situatieschets en/of toelichting toevoegen)
Circumstances (if necessary, enclose a diagram and/or explanation of the situation)

Omschrijving van de klachten c.q. verwondingen
Description of the injuries or complaints

Wanneer werd de eerste geneeskundige hulp verleend? _____
When was the first medical assistance provided?

Naam hulpverlener _____
Name of party providing assistance

Adres _____
Address

Wordt u thans nog behandeld? ☐ Ja ☐ Neen
Are you still being treated? Yes No

Naam behandelend arts _____
Name of attending physician

Adres _____
Address

Bent u doorverwezen naar een specialist? _____
Were you referred to a specialist?

Zo ja, wanneer _____ Naar Wie? _____
If so, when To whom

Bent u opgenomen geweest in een ziekenhuis? ☐ Ja ☐ Neen
Was there hospitalization? Yes No

Bent u vroeger reeds aan dezelfde klachten lijdende geweest? ☐ Ja ☐ Neen
Have you previously suffered from the same complaints? Yes No

4. Bij welke instantie werd aangifte gedaan? ☐ Politie ☐ Andere instantie
To which authority was the incident reported? Police Other authority

Op welk bureau c.q. bij welke instantie? _____
At which office/station or which authority?

S.v.p. verklaring van aangifte bijvoegen (eventueel van hotel, vervoersonderneming, etc.)
Please enclose the statement made (where appropriate from the hotel, transport company, etc.)

Kan de schade naar uw mening verhaald worden op een ander? ☐ Ja ☐ Neen
In your opinion can the damage/loss be recovered from a third party? Yes No

Zo ja, naam _____
If so, name

Waarom meent u dat de schade op deze persoon te verhalen is? _____
Why do you feel that the damage or loss can be recovered from that person?

5. Ondergetekende verklaart
The undersigned declares

- ☐ vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten juist en overeenkomstig de waarheid te hebben verstrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen;
that he/she has answered the above questions and provided the above particulars accurately, truthfully and to the best of his/hers knowledge, and that he/she has not withheld any particulars relating to this claim;
- ☐ dit schadeaangifteformulier en de eventueel aanvullende gegevens aan de verzekeraar te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering;
that he/she submits this claim form and any additional information to the insurer for the purpose of determining the extent of the damage or loss and the entitlement to benefit;
- ☐ van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.
that he/she has taken note of contents of this form.

Datum _____
Date

Plaats _____
Place

Handtekening _____
Signature