

Polisnummer _____ Tussenpersoon _____

VERZEKERINGNEMER

Naam _____ Telefoon _____

Adres _____ Telefax _____

Postcode/plaats _____ (Post)bankrekening _____

VERZEKERDE

Naam _____ Geboortedatum _____

Adres _____ Telefoon _____

Postcode/plaats _____ Telefax _____

ALGEMENE VRAGEN BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID (in te vullen door de verzekerde)

Wat is uw beroep / functie _____

in loondienst freelance zelfstandig Bedrijfsvorm als zelfstandig: eenmanszaak VOF _____

Werkgever _____ Adres _____

Postcode/plaats _____ Tel _____ Fax _____

Waaruit bestaan uw werkzaamheden? _____ % administratieve werkzaamheden

_____ % leidinggevende werkzaamheden

Uitvoerende werkzaamheden (omschrijven s.v.p.) _____ % _____

_____ % _____

Bent u geheel arbeidsongeschikt? neen ja, sedert _____

Zo neen, voor welk percentage? _____ % sedert _____

Op welke datum werd de eerste geneeskundige hulp ingeroepen? _____

Naam en adres van uw huisarts _____

Naam en adres van de behandelend specialist(en) _____

Waar wordt u verpleegd? _____

ALLEEN IN TE VULLEN BIJ ZIEKTE (in te vullen door de verzekerde)

Welke ziekte heeft u en wat zijn de verschijnselen? _____

Sedert wanneer heeft u deze ziekte? _____

Heeft u deze ziekte al eerder gehad? Zo ja, wanneer? _____

Onder wiens behandeling was u toen? _____

ALLEEN IN TE VULLEN BIJ ONGEVAL (in te vullen door de verzekerde)

Wanneer vond het ongeval plaats? Datum _____ uur _____

Waar gebeurde het ongeval? _____

In welke plaats was dat? _____

In welke straat was dat? _____

Wat is er precies gebeurd (zo nodig een situatieschets
bijvoegen op een aparte bijlage) _____

Indien van toepassing: van welk voertuig maakte u gebruik? _____

Waaruit bestaat uw letsel? (welk lichaamsdeel, links/rechts)
(s.v.p. nauwkeurig omschrijven) _____

Bestaat er kans op blijvend letsel? _____

Wie veroorzaakte het ongeval? _____

Welke relatie heeft u met de veroorzaker? _____

Is er proces-verbaal opgemaakt? _____

Zijn er getuigen bekend? _____

Kenteken _____

nee ja, n.l. _____

Naam _____

Adres _____

Postcode/plaats _____

nee ja, door _____

nee ja, n.l. _____

ALGEMENE VRAGEN (in te vullen door de verzekerde)

Bent u tegen het risico van arbeidsongeschiktheid, ziekte,
ongevallen en/of ziektekosten nog elders verzekerd? _____

nee ja

Zo ja, bij welke maatschappij? _____

Onder welk polisnummer? _____

Tegen welke risico's? _____

Ontvangt u, of kunt u aanspraak maken op een uitkering
krachtens sociale verzekeringswetten? Zo ja, welke? _____

MACHTIGING

Bijgevoegd is een machtigingsformulier, dat dient te worden meegezonden met dit schadeaangifteformulier.

Ruimte voor een eventuele toelichting

ONDERTEKENING

Ondergetekende verklaart alle gestelde vragen juist en volledig te hebben beantwoord en geen voor de verzekeraar belangrijke omstandigheden met betrekking tot deze schade verkeerd te hebben voorgesteld of verzwegen. Ondergetekende verklaart zich bereid. Wanneer de verzekeraar dit in het kader van de beoordeling van de claim noodzakelijk acht, medewerking te verlenen aan een medische keuring en/of een medisch onderzoek.

Aldus getekend op _____ 20____ te _____

(handtekening van de verzekerde)

MACHTIGING

Ondergetekende, (*naam*) _____

adres _____

postcode / plaats _____

geb. datum _____

machtigt hierbij de hem/haar behandelende geneesheren, te weten:

de huisarts, Dr. _____

te _____

alsmede de behandelend specialist(en),

Dr. _____

te _____

alsmede

Dr. _____

te _____

aan Goudse Verzekeringsmaatschappij N.V. alle inlichtingen te verschaffen welke van hen gevraagd kan worden in verband met de/het middels dit schadeaanvraagformulier aangemelde arbeidsongeschiktheid/ziekte/ongeval.

- Medische vragen worden door onze medisch adviseur strikt vertrouwelijk behandeld. Bij de afhandeling van uw schadeclaim kan het noodzakelijk zijn, dat de medisch adviseur één of meer behandelaren inschakelt, zoals bijvoorbeeld de schadecorrespondent, de arbeidskundige of andere specialisten. De medisch adviseur zal in dat geval aan deze behandelaren die medische gegevens verstrekken, die voor de behandeling van de zaak belangrijk zijn.
- Ondergetekende gaat ermee akkoord, dat de medisch adviseur door middel van de medische machtiging informatie inwint bij de behandelend medische sector.

Aldus getekend op _____ 20__ te _____

(handtekening van de verzekerde)