

Aangifteformulier

Ongeval of ziekte

Tussenpersoonnummer _____
Tussenpersoonnaam _____
Polisnummer(s) _____
Uw referentie _____ (door tussenpersoon in te vullen)
Schadenummer _____ (door Aegon in te vullen)
Soort verzekering arbeidsongeschiktheid ongevallen

Verzekeringnemer

Naam en voorletter(s) _____
Adres _____
Postcode en plaats _____
Telefoonnummer _____
E-mailadres _____
Rekeningnummer (IBAN) NL _____

Verzekerde

S.v.p. volledig invullen. Als uw uitkering fiscaal belast is, worden de inhoudingen hierop gebaseerd en/of opgegeven aan de Belastingdienst.

Naam en voorletter(s) _____
Meisjesnaam _____
Adres _____
Postcode en plaats _____
Telefoonnummer privé _____ mobiel _____
E-mailadres _____
Geboortedatum ____-____-____ m v
Burgerservicenummer _____
Burgerlijke staat _____ nationaliteit _____
Rekeningnummer (IBAN) NL _____

Wilt u dat Aegon rekening houdt met de loonheffingskorting? ja nee
Als de loonheffingskorting al wordt toegepast op andere inkomsten/uitkeringen, dan mogen wij de loonheffingskorting niet op onze uitkering toepassen.

Huidig beroep van verzekerde _____
Aard van het bedrijf _____
Verzekerde is elders* verzekerd voor arbeidsongeschiktheid ongevallen
Bij welke maatschappij _____
Polisnummer _____
Schadenummer _____
Verzekerd(e) bedrag(en) € _____

* Ook invullen als het Aegon Levensverzekering N.V. betreft.

Vraag 1 t/m 5 alleen invullen als u een beroep doet op een arbeidsongeschiktheidsdekking / rubriek C of E van een ongevallenverzekering

Vraag 1

Naam bedrijf _____

Welke rechtsvorm heeft het bedrijf B.V. V.O.F.
 N.V. Eenmanszaak Anders, te weten: _____

Inschrijfnummer
Kamer van Koophandel _____

Aantal personeelsleden _____

Is verzekerde in loondienst? ja nee
 geheel gedeeltelijk

Heeft verzekerde een uitkering aangevraagd / ontvangen van de sociale wetgeving voor arbeidsongeschiktheid? ja nee

Zo ja, volgens welke wet? _____

Naam werkgever _____

Naam uitvoeringsinstelling _____
en registratienummer _____

Arbidsongeschiktheidspercentage volgens uitvoeringsinstelling _____%

Hoeveel uren per week bestaat de normale arbeidstijd uit:

<input type="checkbox"/> lichamelijke arbeid?	____ uren per week
<input type="checkbox"/> administratie?	____ uren per week
<input type="checkbox"/> leiding geven/toezicht houden?	____ uren per week
<input type="checkbox"/> reizen?	____ uren per week

Totale arbeidstijd: _____ uren per week

Waaruit bestaat de lichamelijke arbeid? _____

Vraag 2

Waaruit bestaan de huidige klachten en beperkingen van verzekerde?

Als van toepassing, welk lichaamsdeel betreft het?

_____ links rechts

Vraag 3

Wanneer heeft verzekerde door deze klachten/beperkingen zijn werkzaamheden gestaakt? ____ - ____ - ____

Voor welk percentage vindt verzekerde zich arbeidsongeschikt? _____%

Wanneer verwacht verzekerde zijn/haar werkzaamheden te kunnen hervatten? ____ - ____ - ____

Vraag 4

Op welke datum heeft verzekerde voor deze klachten voor het eerst een arts geconsulteerd? ____ - ____ - ____

Vraag 5

Heeft verzekerde al eerder aan klachten van deze aard geleden?

Zo ja, wanneer? _____

Wie is/was behandelend arts/specialist? _____

Vraag 6 t/m 10 alleen invullen als u een beroep doet op een ongevallendeckking

Kosten van medische behandeling moet verzekerde bij zijn/haar ziektekostenverzekeraar indienen. Als op de ongevallendeckking kosten van medische behandeling zijn meeverzekerd kunnen deze kosten - voor zover zij niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed worden en het gevolg zijn van een ongeval - onder bijvoeging van de originele nota's en de beslissing van de ziektekostenverzekeraar op de ongevallendeckking worden geclaimd.

Vraag 6

Wanneer vond het ongeval plaats? S.v.p datum en tijdstip vermelden.

Waar vond het ongeval plaats? S.v.p. straat en plaats vermelden.

Vraag 7

Wat was de oorzaak van het ongeval? S.v.p. omschrijving van de toedracht.

Is er een proces verbaal opgemaakt? Zo ja, s.v.p. referentienummer opgeven.

Vraag 8

Waarmee was verzekerde bezig toen het ongeval gebeurde?

Was dit tijdens beroepswerkzaamheden?

Vraag 9

Waaruit bestaat het letsel?

Welk lichaamsdeel is getroffen? links rechts

Bestaat er kans op blijvende gevolgen? ja nee

Vraag 10

Als van toepassing:

Aantal inzittenden ten tijde van het ongeval: _____

Werd gebruikgemaakt van veiligheidsgordels op het moment van het ongeval? ja nee

Vraag 11 e.v. moet u beantwoorden als u een beroep doet op een arbeidsongeschiktheidsdekking en/of een ongevallendeckking.

Vraag 11

Verzekerde verblijft: thuis in ziekenhuis elders, te weten (s.v.p. volledig adres invullen)

Kan verzekerde op het spreekuur van een arts komen? ja nee

Vraag 12

Naam, adres en woonplaats van de huisarts:

Telefoonnummer

Vraag 13

Naam, adres en woonplaats van de arts/specialist die verzekerde voor de nu gemelde klachten behandelt:

Telefoonnummer

Vraag 14

Is er met betrekking tot deze schademelding nog iets van belang mee te delen? ja nee

De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal informatiesysteem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen, eigendom van de Stichting CIS, gevestigd op het adres als vermeld op de website www.stichtingcis.nl. Aanmelding van deze verwerking van persoonsgegevens is op 9 augustus 2002 gedaan bij het College bescherming persoonsgegevens (meldingsnummer 1029513).

De medisch adviseur zal voor de behandeling van deze schadeclaim de beschikking krijgen over vertrouwelijke informatie over de gezondheid van verzekerde. Hij zal hiermee uiteraard op zeer zorgvuldige wijze omgaan. In principe mag deze informatie niet zonder de toestemming van verzekerde aan anderen worden doorgegeven. Om deze schadeclaim op een correcte wijze te kunnen behandelen, is het noodzakelijk dat ook de schadebehandelaar en eventueel ook de arbeidsdeskundige kennis krijgt van medische aspecten die van belang zijn voor een van hun kant juiste taakuitoefening. Ook zij zullen uiterst zorgvuldig met de informatie omgaan om te voorkomen dat de belangen van verzekerde door deze kennis worden geschaad.

Ondergetekende verklaart:

- vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt, en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen;
- dit schadeaangifteformulier en de eventueel nog nader te overleggen gegevens aan de maatschappij te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering;
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

N.B. Opzettelijk onjuist verstrekte gegevens doen elk recht op uitkering vervallen.

Verzekeringnemer	_____	Verzekerde*	_____
Plaats	_____	Plaats	_____
Datum	____-____-____	Datum	____-____-____
Handtekening	_____	Handtekening	_____

* Als verzekerde niet dezelfde is als verzekeringnemer, moet verzekerde tekenen voor de antwoorden op de vragen die betrekking hebben op de gezondheid.