



## SCHADEFORMULIER ONGEVALLLENVERZEKERING CLAIM FORM FOR ACCIDENT INSURANCE

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

*\* doorhalen wat niet van toepassing is / strike out if not applicable*

---

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*

E-mail \_\_\_\_\_

Gehuwd | samenwonend | alleenstaand | kinderen\* Nationaliteit \_\_\_\_\_  
*Married | cohabiting | single | children\* Nationality*

Beroep \_\_\_\_\_ (indien student graag aangeven voltijd/deeltijd)  
*Occupation if student please indicate full time or part time*

Datum indiensttreding \_\_\_\_\_ Vast dienstverband / uitzendkracht / stagiair / vrijwilliger\*  
*Date of employment Permanent / temporary / trainee / volunteer\**

Hoeveel uur per week werkzaam? \_\_\_\_\_

---

IBAN \_\_\_\_\_ t.n.v. \_\_\_\_\_  
*International Bank Account Number of*

**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 \_\_\_\_\_

National bank code \_\_\_\_\_

Bic/Swiftcode bank \_\_\_\_\_

---

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

Zo ja, maatschappij \_\_\_\_\_ Polisnummer \_\_\_\_\_  
*If so, Company Policy number*

- Bent u elders tegen medische-/tandheelkundige kosten verzekerd?  Ja  Nee  
*Are you insured elsewhere against medical/dental expenses Yes No*

Zo ja, maatschappij \_\_\_\_\_ Polisnummer \_\_\_\_\_  
*If so, company Policy number*

- 
3. Wanneer heeft het ongeval plaatsgevonden? Datum \_\_\_\_\_ Tijd \_\_\_\_\_  
*When did the accident occur? Date Time*
- Plaats \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_  
*Place Country*

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Was een partner/kind(eren) bij dit voorval betrokken?  Ja  Nee  
*Had a partner/child(eren) been involved in this accident? Yes No*

Wanneer vond het ongeval plaats? Privé | werk | woon-/werkverkeer\*  
*When did the accident happen? Private | work | commuter traffic\**

Omschrijving van de klachten c.q. verwondingen (kneuzing, breuk, betreffend lichaamsdeel e.d.)  
*Description of the injuries or complaints (contusion, crack, body part etc.)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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  Nee  
*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 medical specialist?*

Zo ja, wanneer \_\_\_\_\_  
*If so, when*

Naar Wie? \_\_\_\_\_  
*To whom*

Bent u opgenomen geweest in een ziekenhuis?  Ja  Nee  
*Was there hospitalization? Yes No*

Zo ja, hoeveel dagen? \_\_\_\_\_ van \_\_\_\_\_ t/m \_\_\_\_\_  
*If so, how many days? From To*

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

Is er ook sprake van materiële schade t.g.v. het ongeval?  Ja  Nee  
*Is there also material damage as a result from the accident? Yes No*

Is er sprake van arbeidsongeschiktheid?  Ja  Nee  
*Is there incapability for work as a result from the accident? Yes No*

Zo ja, van \_\_\_\_\_ t/m \_\_\_\_\_ %  
*If, so from to*  
van \_\_\_\_\_ t/m \_\_\_\_\_ %  
*from to*  
van \_\_\_\_\_ t/m \_\_\_\_\_ %  
*from to*  
van \_\_\_\_\_ t/m \_\_\_\_\_ %  
*from to*

---

4. Kan de schade naar uw mening verhaald worden op een ander?  Ja  Nee  
*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*