

# Schade-aangifteformulier

## Ongevallenverzekering

---

### Verplichtingen bij een ongeval

In geval van overlijden is verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde verplicht verzekeraar hiervan zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is en in ieder geval tenminste 48 uur vóór de begrafenis of crematie in kennis te stellen.

Bij een kans op **blijvende invaliditeit** is de verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde verplicht verzekeraar zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is op de hoogte te stellen.

**Polisnummer:** \_\_\_\_\_

### 1 Gegevens verzekeringnemer (werkgever)

Naam: \_\_\_\_\_

Straat en Huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Contactpersoon: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Emailadres \_\_\_\_\_

### 2 Gegevens verzekerde

Naam: \_\_\_\_\_

Straat en Huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Bankrekeningnummer: \_\_\_\_\_

Burger Service Nummer (BSN): \_\_\_\_\_

Emailadres \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Geslacht:            o man            o vrouw

Burgerlijke staat: o gehuwd        o ongehuwd        o geregistreerd partnerschap

Beroep:            o fulltime        o parttime

### 3 Gebeurtenis

Waar vond het ongeval plaats? \_\_\_\_\_

Straat en huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Wanneer vond het ongeval plaats? datum: \_\_\_\_\_ tijdstip: \_\_\_\_\_

Waar en door wie is er eerste hulp verleend (inclusief NAW en telefoonnummer)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tijdens privé of werktijd?:  privétijd  werktijd

#### 3.1 Toelichting

Graag een duidelijke omschrijving van het voorval én van de oorzaak van het voorval: *(indien nodig een situatieschets of toelichting op apart blad toevoegen)*

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

#### 3.2 Doodsoorzaak of aard van het letsel

A: Doodsoorzaak

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

B: Aard van het letsel

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

#### **4 Betrokken motorrijtuig (indien van toepassing)**

Auto/motor/bromfiets/anders (merk): \_\_\_\_\_

Kenteken: \_\_\_\_\_

##### **4.1 Vragen over het motorrijtuig**

Plaats van betrokkene in of op het voertuig:

voorin       achterin       voorop       achterop

Was betrokkene bestuurder van het voertuig?

ja       nee       niet van toepassing

Droeg de betrokkene een gordel op moment van het voorval?

ja       nee       niet van toepassing

Droeg de betrokkene een helm op het moment van het voorval?

ja       nee       niet van toepassing

#### **5 Proces-verbaal**

Werd er een proces-verbaal opgemaakt?  nee     ja, door welke instantie/verbalisant?

\_\_\_\_\_

#### **6 Getuigen**

Namen, telefoonnummers en adressen van eventuele getuigen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **7 Medische Informatie**

Staat betrokkene onder geneeskundige behandeling:

Zo ja, welke behandelingen die betrekking hebben op dit ongeval zullen er plaatsvinden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Naam behandelende van de arts of specialist:

\_\_\_\_\_

Adres van de arts of specialist:

---

Naam en adres van de huisarts:

---

Op welke dag en tijdstip werd eerste geneeskundige hulp verleend? \_\_\_\_\_

---

Geschatte duur van de behandeling? \_\_\_\_\_

Is er volgens de behandelende arts kans op blijvende invaliditeit? o nee o ja:

Waaruit bestaan huidige klachten van de betrokkene die betrekking hebben op dit ongeval?

---

---

Eerder dezelfde klachten gehad? o nee o ja:

Wanneer en hoe lang?: \_\_\_\_\_

---

Wie was destijds behandelend arts of specialist? \_\_\_\_\_

Verblijfplaats verzekerde: o thuis o ziekenhuis anders: \_\_\_\_\_

---

## **8 Algemeen**

Zijn er nog mededelingen die voor de beoordeling van dit voorval van belang kunnen zijn?

Is het voorval volgens de betrokkene de schuld van iemand anders?

o nee o ja, te weten: \_\_\_\_\_

Is de betrokkene nog bij een andere maatschappij verzekerd tegen ongevallen?

o nee o ja, bij maatschappij: \_\_\_\_\_

Is er een auto-inzittende verzekering? o nee o ja, bij maatschappij \_\_\_\_\_

---

## 9 Privacy

Bij de verwerking van de claim worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door verzekeraar verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, voorkoming en bestrijding van fraude jegens financiële instellingen, het uitvoeren van sanctie controles, statistische analyse en het voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Wij kunnen gegevens over uw gezondheid of uw strafrechtelijke verleden verwerken. In dat geval zullen wij ons houden aan de toepasselijke regels.

Wij kunnen soms andere partijen inschakelen om diensten te laten uitvoeren die te maken hebben met de aanvraag, wijziging of uitvoering van de verzekeringsovereenkomst.

Op deze verwerking van persoonsgegevens is de gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf" van toepassing. In deze gedragscode worden rechten en plichten van de cliënt en de financiële instelling bij de verwerking van persoonsgegevens weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars ([www.verzekeraars.nl](http://www.verzekeraars.nl)) of opvragen bij het

- Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon: 070 – 3338500.  
Voor meer informatie zie: <https://www.benelux.zurich.com/en/services/privacy>.

## 10 Ondertekening

U verklaart, als ondergetekende:

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

Handtekening betrokkene/belanghebbende (bij minderjarigheid: ouder/voogd) :

Datum en plaats:

Handtekening verzekeringnemer (graag functie vermelden):

Datum:

Plaats:

## 11 Verzending

Na invulling en ondertekening van dit aangifteformulier, graag opsturen naar Zürich Insurance plc, Netherlands Branch, World Trade Center- 16th floor, Prinses Margrietplantsoen 65, 2595 BR Den Haag of (inscannen en) e-mailen naar [claimz.nl@zurich.com](mailto:claimz.nl@zurich.com).