

Om onnodige vertraging van de schadebehandeling te voorkomen en een vlotte afwikkeling mogelijk te maken, dienen alle punten zo volledig mogelijk te worden ingevuld.
Verzekerde mag geen schikking aangaan zonder toestemming van de verzekeringsmaatschappij.

Clientnummer _____

Polisnummer _____

Schadenummer _____

1 Verzekeringnemer/contractant (collectief)

Naam _____

Straat en nummer _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoonnummer _____

Faxnummer _____

E-mailadres _____

(Post)bankrekeningnummer _____

Contactpersoon _____

2 Verzekerde (man/vrouw)*

Naam _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoonnummer _____

(Post)bankrekeningnummer _____

1 Ongeval

a Datum en uur van het ongeval? _____ om _____ uur

b Wilt u hiernaast de toedracht van het ongeval vermelden. (gebruik zonodig de ruimte voor nadere toelichting) _____

c Waaruit bestaat het letsel? _____

d Wanneer begonnen de klachten? _____

e Hoe luidt de diagnose? _____

f Heeft u deze klachten eerder gehad? ja nee

Zo ja, wanneer en hoelang? _____

2 Geneeskundige behandeling

a Huisarts verzekerde Naam _____

Adres _____

Postcode/Woonplaats _____

b Op welke datum werd de eerste geneeskundige hulp verleend? _____

c Door wie? _____

d Verblijft u thuis, in een ziekenhuis of elders? _____

S.v.p. adres opgeven. _____

e Bent u onder behandeling bij een specialist? ja, naam specialist _____ nee

Zo ja, bij welk ziekenhuis? _____

S.v.p. adres ziekenhuis ook opgeven. _____

f Kunt u naar een arts (in uw omgeving) ja nee

* Doorhalen wat niet van toepassing is

Machtiging

Zowel voor u als voor ons is het van belang dat dubbele en dus onnodige keuringen voorkomen worden.

Wij verzoeken u dan ook dringend deze machtiging in te vullen en te ondertekenen.

Ik, de heer/mevrouw: _____ geboortedatum _____ machtig hiermee:

- 1 mijn huisarts,
- 2 mijn behandelend en controlerend specialist,
- 3 de medisch adviseur van mijn belangenbehartiger of advocaat,
- 4 de medisch adviseur van de aansprakelijkheidsverzekeraar van de tegenpartij,
- 5 andere onafhankelijke keurende artsen of specialisten die mij onderzochten,

om inlichtingen te verstrekken aan de medisch adviseur van de verzekeringsmaatschappij over het onderzoek en/of de behandeling van het letsel dat ik opliep door het ongeval op _____ (datum).

Deze informatie heeft de medisch adviseur van de verzekeringsmaatschappij nodig om mijn klachten goed te beoordelen.

Plaats	Datum	Handtekening
--------	-------	--------------

Ondertekening

Ondergetekende verklaart kennis te hebben genomen van de inhoud van dit formulier en de vragen naar beste weten, volledig en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en de gegevens te hebben verstrekt ter vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering. De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatiesysteem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Het Privacyreglement van de Stichting CIS is op die registratie van toepassing.

Plaats	Datum	Handtekening verzekeringsadviseur	Handtekening verzekerde
--------	-------	--------------------------------------	----------------------------

