

# Ziekenhuisopname / ongeval / letsel / ziekte / blijvende invaliditeit of overlijden

## Schadeaangifteformulier

### Belangrijk:

- Vul alle van toepassing zijnde vragen zo volledig mogelijk in; dit voorkomt vertraging in de schadebehandeling.
- Bij voorkeur ontvangen wij uw aangifte met stukken per email. Bewaart u de originelen echter wel. U kunt worden gevraagd om deze ter controle te tonen of in te zenden. Uiteraard is het ook mogelijk uw aangifte per post te sturen.
- Stuur eventuele verklaringen, aktes en andere bewijsstukken altijd direct mee.
- Vul het formulier duidelijk leesbaar, in blokletters, in.
- Zorg ervoor dat u na invulling het formulier ook ondertekent. Ongetekende formulieren worden niet in behandeling genomen.

### Soort Schade:\*

- Ziekenhuisopname (vul sectie A, B, C en E in)
- Ongeval (vul sectie B, C en E in)
- Ziekte (vul sectie A, C en E in)
- Overlijden (vul sectie A, B, D en E in)
- Blijvende invaliditeit (vul sectie B, C en E in)

\* Aankruisen wat van toepassing is. Kijk op uw polisblad en/ of de algemene voorwaarden waarvoor u precies verzekerd bent en vul alleen de corresponderende secties in.

**NB: Altijd bijgaande doktersverklaring laten invullen door de behandelend arts / specialist.**

**Polisnummer:**

**Verzekeringnemer:**

**Naam en voorletter(s):**

M  V

**Straatnaam en huisnummer:**

**Postcode en Woonplaats:**

**Geboortedatum:**

**Telefoonnummer**

**Privé:**

**Mobiel:**

**E-mailadres:**

**Bankrekeningnummer/ IBAN:**

**SWIFT / BIC code van de bank:**

Wij maken gebruik van door u aan ons verstrekte persoonsgegevens voor de acceptatie, de polisadministratie, het schadebeheer en andere verzekeringsdoeleinden, zoals nader omschreven in ons Algemeen Privacybeleid, dat u hier <https://www2.chubb.com/benelux-nl/footer/privacy-policy.aspx> kunt inzien of door te zoeken op 'algemeen privacybeleid' op de website [www2.chubb.com/benelux-nl](http://www2.chubb.com/benelux-nl). U kunt ons altijd vragen om een papieren versie van het Privacybeleid, door te mailen naar [dataprotectionoffice.europe@chubb.com](mailto:dataprotectionoffice.europe@chubb.com).

Chubb European Group SE is een onderneming die valt onder de Franse Wet op de Verzekeringen (Code des Assurances) met registratienummer 450 327 374 RCS Nanterre. Statutaire zetel: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Frankrijk. Chubb European Group SE heeft een volledig volgestort maatschappelijk kapitaal van €896.176.662 en valt onder het toezicht van de 'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution' (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09. Chubb European Group SE, Nederlands bijkantoor, Marten Meesweg 8, 3068 AV Rotterdam, is ingeschreven bij KvK Rotterdam onder nummer 2433249. In Nederland valt zij tevens onder het gedragstoezicht van de Autoriteit Financiële Markten (AFM).

**Verzekerde:** (welke schade heeft geleden)

**Naam en voorletter(s):**

**Adres:**

**Woonplaats:**

**Geboortedatum:**

**Telefoonnummer**

**Privé:**

**Mobiel:**

**Bankgegevens:**

**Schadebedrag:**  Verzekeringnemer  Verzekerde  Belanghebbende

**overmaken aan:**

**Bankrekeningnummer/IBAN:**

**Naam en plaats bank:**

**A. Gegevens omtrent ziekenhuisopname**

**A1 Naam ziekenhuis:**

Adres en Plaats:

Telefoonnummer:

Naam behandelend arts:

**A2 (Verwachte) duur opname:**

Opname datum (dd-mm-jjjj):

Tijdstip (u:m):

Ontslag datum (dd-mm-jjjj):

Tijdstip (u:m):

**A3 Beschrijving klachten / letsel:**

**A4 Heeft verzekerde reeds eerder aan dezelfde klachten geleden?**

Ja  Nee

Zo ja, wanneer:

Hoelang:

**A5 Datum eerste geneeskundige behandeling zelfde klachten:**

Naam behandelend arts:

Adres en Plaats:

Telefoonnummer:

**A6 Naam huisarts:**

Adres en Plaats:

Telefoonnummer:

**A7 Is verzekerde gedurende een reis naar het buitenland in het ziekenhuis opgenomen?**

Ja  Nee

Reden / bestemming van reis:

Vertrekdatum naar buitenland:

Vooraf geplande retourdatum:

**B. Gegevens omtrent ongeval:**

---

B1 **Datum ongeval** (dd-mm-jjjj): \_\_\_\_\_ Tijdstip (u:m): \_\_\_\_\_

---

B2 **Plaats en straatnaam ongeval:** \_\_\_\_\_  
 Exacte locatie: \_\_\_\_\_

---

B3 **Veroorzaker ongeval:**  Verzekerde  Onbekend  Tegenpartij, nl.: \_\_\_\_\_  
 Adres tegenpartij: \_\_\_\_\_  
 Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

---

B4 **Betreft een ongeval overkomen:**  tijdens beroep  tijdens sportbeoefening, nl  
 buiten beroep  tijdens motorrijden  Anders, nl.: \_\_\_\_\_  
 Anders (indien van toepassing): \_\_\_\_\_

---

B5 **Beschrijf oorzaak ongeval?** (omschrijving toedracht, zo nodig situatieschets / toelichting op los blad toevoegen)

---

B6 **Waren er motorvoertuigen bij betrokken?**  Ja  Nee  
 Naam & adres bestuurder 1: \_\_\_\_\_  
 Type motorvoertuig/ kenteken: \_\_\_\_\_  
 Naam & adres bestuurder 2: \_\_\_\_\_  
 Type motorvoertuig/ kenteken: \_\_\_\_\_

---

B7 **Waren er getuigen van het ongeval?**  Ja  Nee  
 Naam getuige 1: \_\_\_\_\_  
 Adres en woonplaats getuige 1: \_\_\_\_\_  
 Telefoonnummer getuige 1: \_\_\_\_\_  
 Naam getuige 2: \_\_\_\_\_  
 Adres en woonplaats getuige 1: \_\_\_\_\_  
 Telefoonnummer getuige 2: \_\_\_\_\_

---

B8 **Is er een proces-verbaal opgemaakt?\***  Ja  Nee  
 Verbaliserende politie-instantie:  Gemeentepolitie  Rijkspolitie  Militaire politie  
 Op welk bureau: \_\_\_\_\_  
 Adres: \_\_\_\_\_  
 Plaats: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_  
 \* *Proces verbaal meesturen.*

---

B9 **Is/was er sprake van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand, die van invloed kan zijn geweest op ontstaan van het ongeval, dan wel de gevolgen van het ongeval voor verzekerde vergroot (heeft)?**  Ja  Nee  
 Beschrijving: \_\_\_\_\_

---

**C. Gegevens omtrent letsel / ziekte:**

---

C1 **Beschrijving klachten / letsel:**

C2 **Datum diagnose (dd-mm-jjjj):**

C3 **Bestaat er kans op blijvende gevolgen?**  Ja  Nee

C4 **Heeft verzekerde reeds eerder aan dezelfde klachten geleden?**  Ja  Nee

Zo ja, wanneer:

Hoelang:

C5 **Wordt het verloop van de huidige letsels beïnvloed door een eerder bestaande toestand/gebrek?**  Ja  Nee

Beschrijf de toestand / gebrek:

C6 **Naam huisarts:**

Adres en Woonplaats:

Telefoonnummer:

C7 **Naam behandelend arts:**

Adres en Woonplaats:

Telefoonnummer:

C8 **Datum eerste geneeskundige behandeling zelfde klachten:**

Naam ziekenhuis

Naam behandelend arts:

Adres en Plaats:

Telefoonnummer:

C9 **Huidig verblijf verzekerde:**  Thuis  Ziekenhuis  Familie  Elders

Verblijf adres:

Plaats:

Telefoonnummer:

C10 **Kan verzekerde op het spreekuur van een arts komen?**  Ja  Nee

**D. Gegevens omtrent overlijden \***

---

D1 **Datum overlijden (dd-mm-jjjj):**

D2 **Was verzekerde ten tijde van overlijden onder medische behandeling bij een arts / specialist?**  Ja  Nee

Zo ja, waarvoor:

*\*Akte van overlijden meesturen*

**E. Algemeen**

---

E1 **Is er ter zake van dit voorval nog iets van belang mede te delen?** Ja  NeeZo ja, hier vermelden:  
  

---

**UITDRUKKELIJKE TOESTEMMING VOOR GEBRUIK GEZONDHEIDSGEGEVENS**

Wij zullen uw claim zorgvuldig beoordelen, en ook zullen wij, zoals gebruikelijk is in de markt, monitoren op frauduleuze claims. Om uw claim op zijn merites te kunnen beoordelen moeten wij mogelijk uw gezondheidsgegevens en die van andere bij de claim betrokken personen gebruiken. U dient zich ervan te vergewissen dat alle betrokken personen van wie u gezondheidsgegevens aan ons verstrekt dit gebruik van hun gegevens begrijpen en er geen bezwaar tegen hebben, en dat zij (voor zover vereist onder het toepasselijke recht) ermee instemmen dat wij hun gegevens voor het hier omschreven doel gebruiken.

Wij zullen uw gezondheidsgegevens niet gebruiken voor enig ander doel, en zullen te allen tijde de voorwaarden (met inbegrip van beveiligingsstandaarden) genoemd in ons Privacybeleid naleven. U bent niet verplicht om uw toestemming te verlenen, en u mag gegeven toestemming op elk moment intrekken. Indien u echter toestemming weigert of deze later intrekt, dan kan dit effect hebben op onze mogelijkheden om uw claim in behandeling te nemen. Wij verzoeken u het volgende vakje aan te vinken als bewijs van uw toestemming dat wij uw gezondheidsgegevens gebruiken zoals hiervoor omschreven.

Ja **Ondergetekende verklaart:**

- hiervoor vermelde 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;
- dit schadeaanvraagformulier 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;
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

---

**Datum****Plaats****Handtekening****Bijgevoegd\*:**

- Proces verbaal
- Akte van overlijden
- Doktersverklaring
- Situatieschets ongeval
- Aanvullende documentatie

*\* Aankruisen wat van toepassing is.*

**Doktersverklaring**

---

In te vullen door de behandelende arts (Graag duidelijk leesbaar invullen in blokletters)

**Gegevens patiënt:**

Naam en voorletter(s):

---

Geboortedatum:

---

Geslacht

man  vrouw

---

**Gegevens arts:**

Naam en voorletter(s):

---

Adres:

---

Plaats:

---

Telefoonnummer:

---

**Gegevens ziekenhuisopname/ Ongeval:**

Diagnose:

---

**Duur ziekenhuisopname:**

---

Opname datum en tijdstip:

---

Ontslag datum en tijdstip:

---

**Wanneer ontving de patiënt voor het eerst medische behandeling voor deze aandoening?**

---

**Werd de patiënt eerder door een andere arts behandeld voor de huidige aandoening?**

Ja  Nee

---

Behandelperiode:

---

Zo ja, naam en voorletter(s) arts:

---

Adres:

---

Telefoonnummer:

---

**Wordt het verloop van de huidige letsels beïnvloed door een eerder bestaande toestand/gebrek?**

Ja  Nee

---

Beschrijf de toestand / gebrek:

---

**Zal de patiënt volgens prognose volledig genezen van de aandoening?**

Ja  Nee

---

**Zal er blijvende invaliditeit optreden ten gevolge van het ongeval?**

Ja  Nee

---

Zo ja, percentage:

---

## Eventuele opmerkingen:

Plaats

Datum

Handtekening arts

Chubb. Insured.<sup>SM</sup>

Wij maken gebruik van door u aan ons verstrekte persoonsgegevens voor de acceptatie, de polisadministratie, het schadebeheer en andere verzekeringsdoeleinden, zoals nader omschreven in ons Algemeen Privacybeleid, dat u hier <https://www2.chubb.com/benelux-nl/footer/privacy-policy.aspx> kunt inzien of door te zoeken op 'algemeen privacybeleid' op de website [www2.chubb.com/benelux-nl](http://www2.chubb.com/benelux-nl). U kunt ons altijd vragen om een papieren versie van het Privacybeleid, door te mailen naar [dataprotectionoffice.europe@chubb.com](mailto:dataprotectionoffice.europe@chubb.com).

Chubb European Group SE is een onderneming die valt onder de Franse Wet op de Verzekeringen (Code des Assurances) met registratienummer 450 327 374 RCS Nanterre. Statutaire zetel: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Frankrijk. Chubb European Group SE heeft een volledig volgestort maatschappelijk kapitaal van €896.176.662 en valt onder het toezicht van de 'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution' (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09. Chubb European Group SE, Nederlands bijkantoor, Marten Meesweg 8, 3068 AV Rotterdam, is ingeschreven bij KvK Rotterdam onder nummer 24353249. In Nederland valt zij tevens onder het gedragstoezicht van de Autoriteit Financiële Markten (AFM).