



SCHADEFORMULIER ONGEVALLLENVERZEKERING CLAIM FORM FOR ACCIDENT INSURANCE

Dit schadeformulier kunt u zenden aan: Aon

This claim form may be sent to: Claims Department Injury
Postbus 3234
4800 DE Breda / The Netherlands

Dit formulier e-mailen aan: claims.nederland@aon.nl (graag in onderwerp vermelden: ongevallenverzekering)
Please e-mail this claim form to: claims.nederland@aon.nl (please mention in the subject: accident insurance)

** 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

(Privé) e-mailadres _____

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? _____

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 (zo nodig 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?

Wordt u thans nog behandeld? Ja Nee
Are you still being treated? Yes No

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

Heeft u in het verleden vergelijkbare klachten gehad? Ja Nee
Have you previously suffered from the same injuries? 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

'De persoonsgegevens die u aan ons verstrekt, worden door ons gebruikt voor het verwerken van uw verzoek om informatie, offertes en financiële producten. Tevens gebruiken wij deze persoonsgegevens om eventueel contact met u op te nemen naar aanleiding van de offerte, voor het tot stand brengen van de verzekering en voor de door ons verleende diensten. Wij gaan zorgvuldig om met uw gegevens. Dit vragen wij ook van andere partijen met wie wij uw gegevens delen. Meer informatie over hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens kunt u vinden in onze privacyverklaring op onze site www.aon.nl/privacyverklaring.'