

AOV / Ongevallen

Branche- en polisnummer(s): _____ **Schadenummer:** _____
Soort verzekering: Arbeidsongeschiktheid Ongevallen
 Anders, namelijk: _____

Verzekeringnemer

Naam: _____ Man Vrouw
Adres, Postcode, plaats: _____

De verzekerde

Naam: _____ Man Vrouw
Adres, Postcode, plaats: _____
Telefoon: _____ Mobiel: _____
Geboortedatum: _____ BSN-nummer: _____
Banknummer: _____ E-mail: _____

Ziekte/Letsel

Waaruit bestaan de klachten? _____

Sinds wanneer heeft u deze klachten? _____
Heeft u al eerder dezelfde klachten gehad? Ja Nee
Zo ja, gedurende welke periode: _____

Behandeling

Wanneer werd de (huis)arts voor het eerst geraadpleegd? Datum: _____
Wie is uw huisarts? Naam: _____
Woonplaats: _____
Bent u onder behandeling van een specialist? Ja Nee
Zo ja, naam en adres vermelden: _____
Zijn er medicijnen voorgeschreven? Ja Nee
Zo ja, welke: _____
Wordt u opgenomen in een ziekenhuis? Ja Nee
Zo ja, in welk ziekenhuis en wanneer: _____
Zal er een operatie plaatsvinden? Ja Nee
Zo ja, welke en wanneer: _____

Ongeval

Wanneer vond het ongeval plaats? _____
Waar vond het ongeval plaats? _____
Is er een proces verbaal opgemaakt? Ja Nee
Hoe gebeurde het ongeval? _____

Wie veroorzaakte het ongeval? _____
Zo ja, naam en adres vermelden: _____
Waren er motorvoertuigen bij betrokken? Ja Nee
Zo ja, kentekens, naam en adres bestuurders opgeven: _____

Arbeidsongeschiktheid

Op welke datum hebt u uw werk geheel/gedeeltelijk gestaakt?

Voor welk percentage acht u zichzelf arbeidsongeschikt?

Welke van uw beroepswerkzaamheden kunt u niet verrichten?

Hoe wordt uw uitval binnen het bedrijf opgevangen?

Wanneer verwacht u uw werk te kunnen hervatten?

Beroep

Wat is uw beroep?

Uw dienstbetrekking:

Loondienst Zelfstandig ond. DGA Gepensioneerd

Waaruit bestaan uw dagelijkse werkzaamheden?

Verricht u beroepshalve nog bijwerk?

Ja Nee

Zo ja, welk en sinds wanneer:

Hoe zijn de werkuren verdeeld:

- Handenarbeid: _____ Uur - Reizen: _____ Uur
- Administratief: _____ Uur - Leidinggevend: _____ Uur

Hoeveel km reist u per auto voor uw beroep?

_____ Km

Zijn er na de ingangsdatum v/d verzekering wijzigingen gekomen in uw beroepswerkzaamheden? Zo ja, welke:

Ja Nee

Indien bedrijfsmatig:

Bedrijfsadres: _____

Aantal personeelsleden: _____

Is het bedrijf uw eigendom?

Ja Nee Zo ja, rechtsvorm: _____

Indien zelfstandig ondernemer:

Wat is het gemiddelde van uw aandeel in de winst uit onderneming voor ondernemingsafrek volgens de Wet IB 2001 in de afgelopen 3 jaar?

Minder dan € 10.000,- € 40.000,- tot € 50.000,-
 € 10.000,- tot € 20.000,- € 50.000,- tot € 60.000,-
 € 20.000,- tot € 30.000,- € 60.000,- tot € 70.000,-
 € 30.000,- tot € 40.000,- € 70.000,- en meer
namelijk: € _____

Indien u in loondienst of DGA bent:

Wat is het gemiddelde van uw loon in de zin van de Wet IB 2001 in de afgelopen 3 jaar?

Minder dan € 10.000,- € 40.000,- tot € 50.000,-
 € 10.000,- tot € 20.000,- € 50.000,- tot € 60.000,-
 € 20.000,- tot € 30.000,- € 60.000,- tot € 70.000,-
 € 30.000,- tot € 40.000,- € 70.000,- en meer
namelijk: € _____

(Bij dit loon dienen vakantiegeld, gratificaties, tantièmes en dividend te worden meegerekend)

Voorzieningen elders

Ontvangt u een wettelijke uitkering? (bijv. WIA, WAO of WAZ) Ja Nee

Zo ja, op basis van welk arbeidsongeschiktheidspercentage:

Welk uitvoeringsorgaan:

Welk registratienummer:

Bent u ook elders voor arbeidsongeschiktheid verzekerd?

Ja Nee

Zo ja, dan opgave van: Maatschappij / polisnummer:

Verzekerd bedragen:

Slotverklaring

Door ondertekening van dit schadeformulier verklaart u kennis te hebben genomen van de inhoud van dit formulier. Ook verklaart u de vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen. Tenslotte verklaart u het schadeaanvraagformulier en de eventueel nog nader te verstrekken gegevens aan de maatschappij te verstrekken om te dienen tot vastlegging van het recht op een uitkering.

Datum	Plaats	Handtekening verzekeringnemer / verzekerde