

Polisnummer _____

Adviseur _____

Verzekeringnemer

Naam _____

Telefoon _____

Adres _____

E-mail _____

Postcode/plaats _____

IBAN-nr _____

Verzekerde

Naam _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Telefoon _____

Postcode/plaats _____

E-mail _____

Algemene vragen bij arbeidsongeschiktheid (in te vullen door de verzekerde)

Wat is uw beroep / functie _____

☐ in loondienst ☐ freelance ☐ zelfstandig Bedrijfsvorm als zelfstandig: ☐ eenmanszaak ☐ VOF ☐ _____

Werkgever _____

Adres _____

Postcode/plaats _____

Tel _____ Fax _____

Waaruit bestaan uw werkzaamheden?

_____ % administratieve werkzaamheden

_____ % leidinggevende werkzaamheden

_____ % _____

_____ % _____

Bent u geheel arbeidsongeschikt?

☐ Nee ☐ Ja, sinds _____

Zo neen, voor welk percentage?

_____ % sedert _____

Op welke datum werd de eerste geneeskundige hulp ingeroepen?

Naam en adres van uw huisarts

Naam en adres van de behandelend specialist(en)

Waar wordt u verpleegd?

Alleen in te vullen bij ziekte (in te vullen door de verzekerde)

Welke ziekte heeft u en wat zijn de verschijnselen?

Sedert wanneer heeft u deze ziekte?

Heeft u deze ziekte al eerder gehad? Zo ja, wanneer?

Onder wiens behandeling was u toen?

Alleen in te vullen bij ongeval (in te vullen door de verzekerde)

Wanneer vond het ongeval plaats?

Datum _____ uur _____

Waar gebeurde het ongeval?

In welke plaats was dat?

In welke straat was dat?

Wat is er precies gebeurd (Zo nodig een *situatieschets*
bijvoegen op een aparte bijlage s.v.p.)

Indien van toepassing: van welk voertuig maakte u gebruik?

Waaruit bestaat uw letsel? (*welk lichaamsdeel, links/rechts*)
(*s.v.p. nauwkeurig omschrijven*)

Kenteken _____

Bestaat er kans op blijvend letsel?

☐ nee ☐ ja, n.l. _____

Wie veroorzaakte het ongeval?

Naam _____

Adres _____

Postcode/plaats _____

E-mail / telefoon _____

Welke relatie heeft u met de veroorzaker?

Is er proces-verbaal opgemaakt?

☐ nee ☐ ja, door _____

Zijn er getuigen bekend?

☐ nee ☐ ja, n.l. _____

Algemene vragen (in te vullen door de verzekerde)

Bent u tegen het risico van arbeidsongeschiktheid, ziekte,
ongevallen en/of ziektekosten nog elders verzekerd?

☐ nee ☐ ja

Zo ja, bij welke maatschappij?

Onder welk polisnummer?

Tegen welke risico's?

Ontvangt u, of kunt u aanspraak maken op een uitkering
krachtens sociale verzekeringswetten? Zo ja, welke?

Machtiging

Bijgevoegd is een machtigingsformulier, dat dient te worden meegezonden met dit schadeaangifteformulier.

Ruimte voor een eventuele toelichting:

Ondertekening

Ondergetekende verklaart:

- Voorgaande 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;
- dit schade-aangifte formulier, en de eventueel nog nader te verstrekken gegevens aan de maatschappij 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	Handtekening verzekeringnemer	Handtekening meerderjarige veroorzaker (indien van toepassing)

Bij een schademelding registreert VKG de schade en verwerkt de persoonsgegevens van alle betrokken partijen bij de schade. VKG is verantwoordelijk dat dit zorgvuldig gebeurt. Daarnaast legt VKG de persoonsgegevens vast bij de Stichting CIS (Centraal Informatie Systeem). Dit doen we om risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Meer informatie en het privacyreglement vindt u op www.stichtingcis.nl.

De op dit formulier ingevulde en eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de schadeadministratie van VKG en die van de verzekeraar waarbij u verzekerd bent, of die u aansprakelijk acht. Als dat wettelijk is toegestaan kunnen wij de gegevens die nodig zijn voor de dienstverlening uitwisselen met uw adviseur.

Daarnaast schakelen wij andere bedrijven in om diensten voor ons uit te voeren die te maken hebben met de verzekeringsovereenkomst. Dit zijn bijvoorbeeld expertisebureau 's. Met deze partijen leggen wij afspraken vast om uw privacy te waarborgen.

Hoe VKG omgaat met deze persoonsgegevens kunt u lezen in onze [privacyverklaring](#).

Machtiging

Ondergetekende, (naam) _____

adres _____

postcode / plaats _____

geb. datum _____

machtigt hierbij de hem/haar behandelende geneesheren, te weten:

de huisarts, Dr. _____

te _____

alsmede de behandelend specialist(en),

Dr. _____

te _____

alsmede

Dr. _____

te _____

aan Goudse Verzekeringsmaatschappij N.V. alle inlichtingen te verschaffen welke van hen gevraagd kan worden in verband met de/het middels dit schadeaanvraagformulier aangemelde arbeidsongeschiktheid/ziekte/ongeval.

- Medische vragen worden door onze medisch adviseur strikt vertrouwelijk behandeld. Bij de afhandeling van uw schadeclaim kan het noodzakelijk zijn, dat de medisch adviseur één of meer behandelaren inschakelt, zoals bijvoorbeeld de schadecorrespondent, de arbeidskundige of andere specialisten. De medisch adviseur zal in dat geval aan deze behandelaren alleen die medische gegevens verstrekken, die voor de behandeling van de zaak belangrijk zijn.
- Ondergetekende gaat ermee akkoord, dat de medisch adviseur door middel van de medische machtiging informatie inwint bij de behandelend medische sector.

Aldus getekend op _____ 20__ te _____

(handtekening van de verzekerde)