



Beurs-World Trade Center
Beursplein 37
Postbus 30101
3001 DC Rotterdam

Telefoon +31 (0)10 405 2000
Fax +31 (0)10 405 5252
E-mail schade@gebrsluyter.nl
Website www.gebrsluyter.nl

SCHADEFORMULIER ZIEKTE EN ONGEVALLEN

Verzekeringnemer

Naam en voorletters : _____ m/v
Adres : _____
Postcode en plaats : _____
Telefoonnummer privé : _____ Werk _____
E-mail : _____ Geboortedatum _____
(Post)banknummer : _____ t.n.v. _____

Verzekerde

Naam en voorletters : _____ m/v
Adres : _____
Postcode en plaats : _____
Telefoonnummer privé : _____ Werk _____
E-mail : _____ Geboortedatum _____
(Post)banknummer : _____ t.n.v. _____
Heeft u al eerder schade geclaimd bij
Gebr. Sluyter : nee ja, in _____

Algemene gegevens

Soort verzekering : Arbeidsongeschiktheid Ongevallen Ziekengeld Ongevallen Inzittenden
Branche- en polisnummers : _____
Beroep verzekerde : _____
Rechtsvorm van het bedrijf : B.V. N.V. Firma Eenmanszaak
 Anders, nl. _____ Aantal personeelsleden _____
Percentage normale arbeidstijd : Handenarbeid _____ % Administratie _____ %
 Leiding geven/toezicht houden _____ % Reizen _____ %

Is verzekerde elders voor arbeids-
ongeschiktheid, ongevallen (inzittenden)

of ziekengeld verzekerd : nee ja, maatschappij en polisnummer _____

Verzekerd bedrag : EUR _____

Zijn de kosten van geneeskundige

behandeling ook elders verzekerd : nee ja, maatschappij en polisnummer _____

Is verzekerde geheel of gedeeltelijk in

loondienst : nee ja geheel gedeeltelijk

Kan verzekerde aanspraak maken op : AAW ZW/WAO

Zo ja, naam werkgever, bedrijfsvereniging
en eventueel registratienummer : _____

Naam en adres huisarts : _____

Waaruit bestaan de klachten : _____

Sinds wanneer bestaan de klachten : _____

Welke arts/specialist behandeld verzekerde
 verzekerde momenteel (naam en adres) : _____

Op welke datum heeft verzekerde zich
 hiervoor voor het eerst onder
 geneeskundige behandeling gesteld : _____

Heeft verzekerde reeds eerder aan
 dezelfde klachten geleden : nee ja, wanneer en hoelang _____

Wie was toen behandelend arts/specialist : _____

Sinds wanneer heeft verzekerde zijn
 beroepswerkzaamheden geheel of
 gedeeltelijk gestaakt (datum) : _____

Voor welk percentage acht hij zich
 ongeschikt : _____ %

Wanneer verwacht verzekerde het werk
 te kunnen hervatten (datum) : _____

Verblijft verzekerde thuis, in een
 ziekenhuis of elders (a.u.b. volledig adres): _____

Kan verzekerde op het spreekuur van een
 arts komen : _____

Alleen in te vullen bij ongeval

Indien op uw ongevallenpolis medische kosten meeverzekerd zijn, dienen de nota's bij uw ziektekostenmaatschappij ingediend te worden. Uw eigen risico kan door bijvoeging van nota's en uitkeringsbewijs van de ziektekostenverzekeraar geclaimd worden onder opgave van naam en polis/inschrijvingsnummer.

Wanneer vond het ongeluk plaats : Datum _____ Tijdstip _____ uur VM/NM

Plaats en straatnaam waar het ongeluk
 gebeurde : _____

Wat was de oorzaak van het ongeval : _____
 (a.u.b. omschrijving van de toedracht
 en zonodig een situatieschets of
 toelichting op los blad toevoegen) _____

Betreft het een ongeval overkomen : Tijdens beroep Buiten beroep
 Tijdens motorrijden Tijdens beroepsmatig gebruik van houtbewerkingsmachines

Waarmee was verzekerde bezig ten
 tijde van het ongeval : _____

Waaruit bestaat het letsel
 (lichaamsdeel, links/rechts) : _____

Bestaat er kans op blijvende gevolgen : nee ja

Wie veroorzaakte het ongeval : _____
 (volledige naam en adres)

Waren er motorrijtuigen bij betrokken : nee ja

Zo ja, kenteken(s), naam en adres van : _____
 de bestuurder(s) _____

Indien van toepassing, van welk voertuig
 maakte verzekerde gebruik : _____ Kenteken _____

Aantal inzittenden tijdens het ongeval : _____

Werd gebruik gemaakt van veiligheids-
 gordels ten tijde van het ongeval : nee ja

Staat er meer dan 1 kenteken op naam
 van verzekerde : nee ja

Wie waren getuige van het ongeval : _____
 (volledige naam en adres)

Welke politie-instantie maakte rapport

of procesverbaal op : Gemeentepolitie Rijkspolitie Militaire politie

Op welk bureau : _____ Datum _____

Is ter zake van dit voorval (of deze gebeurtenis nog iets van belang mede te delen : _____

Ondertekening

Ondergetekende verklaart dit schadeformulier alsmede de eventuele bijlage(n) juist en volledig te hebben ingevuld.

Ondertekend te _____ d.d. _____

Handtekening

Dit formulier is ingevuld en ondertekend door

Naam _____

Functie _____ ,

die bevoegd is de verzekerde in deze te vertegenwoordigen.