



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.