

## Melding ongeval

- ▶ Vul alle van toepassing zijnde vragen zo volledig mogelijk in, dit voorkomt vertraging bij de schadebehandeling.
- ▶ Bij voorkeur ontvangen wij uw aangifte met stukken per e-mail. Stuur de melding per mail aan **schadebox@schoutenzekerheid.nl**.
- ▶ Uiteraard is het ook mogelijk uw melding per post te sturen: Schouten Zekerheid, postbus 8798, 3009 AT Rotterdam.
- ▶ Stuur eventuele verklaringen, aktes en andere bewijsstukken altijd direct mee.
- ▶ Vul het formulier duidelijk leesbaar, in blokletters in.
- ▶ Zorg ervoor dat u na invulling het formulier ook ondertekend. Ongetekende formulieren kunnen wij niet in behandeling nemen.

**Polisnummer:** \_\_\_\_\_

**Verzekeringnemer:** \_\_\_\_\_

**Contactpersoon:** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_

**Plaats:** \_\_\_\_\_

**Geboortedatum:** \_\_\_\_\_

**Telefoonnummer:** \_\_\_\_\_

**E-mailadres:** \_\_\_\_\_

**IBAN** \_\_\_\_\_

### Verzekerde

**Verzekerde/ werkknemer:** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_

**Plaats:** \_\_\_\_\_

**Geboortedatum:** \_\_\_\_\_

**Telefoonnummer privé:** \_\_\_\_\_

**Telefoonnummer mobiel:** \_\_\_\_\_

**E-mailadres:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**Naam rekeninghouder:** \_\_\_\_\_

**Naam en plaats bank:** \_\_\_\_\_

### Gegevens omtrent ongeval

**Datum ongeval (dd-mm-jj):** \_\_\_\_\_ **Tijdstip (u:m):** \_\_\_\_\_

**Adres en plaats ongeval:** \_\_\_\_\_

**Exacte locatie:** \_\_\_\_\_

## Veroorzaker ongeval

### Veroorzaker ongeval:

- Verzekerde  
 Onbekend  
 Tegenpartij, namelijk:

**Adres tegenpartij:** \_\_\_\_\_

**Telefoonnummer:** \_\_\_\_\_

### Betreft een ongeval overkomen:

- tijdens beroep       tijdens sportbeoefening, namelijk: \_\_\_\_\_  
 buiten beroep       tijdens motorrijden  
 Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

### Beschrijf oorzaak ongeval:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Waren er motorvoertuigen bij betrokken?

Ja     Nee

Naam en adres bestuurder 1: \_\_\_\_\_

Type motorvoertuig/kenteken \_\_\_\_\_

Naam en adres bestuurder 2: \_\_\_\_\_

Type motorvoertuig/kenteken: \_\_\_\_\_

### Waren er getuigen van het ongeval?

Ja     Nee

Naam getuige 1: \_\_\_\_\_

Adres en woonplaats getuige 1: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer getuige 1: \_\_\_\_\_

Naam getuige 2: \_\_\_\_\_

Adres en woonplaats getuige 2: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer getuige 2: \_\_\_\_\_

### Is er een proces verbaal opgemaakt?

Ja     Nee

Verbaliserende politie-instantie:  Gemeentepolitie

Rijkspolitie

Militaire politie

Op welk bureau: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### Is er melding gedaan bij de Inspectie SZW (voorheen arbeidsinspectie)?

Ja     Nee

Zo ja, rapport graag nasturen.

**Is er sprake van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand, die van invloed kan zijn geweest op ontstaan van het ongeval, dan wel de gevolgen van het ongeval voor verzekerde vergroot (heeft)?**

Ja  Nee

Beschrijving \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gegevens omtrent letsel/ziekte**

**Beschrijving klachten/letsel:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Datum diagnose (dd-mm-jjjj)** \_\_\_\_\_

**Bestaat er een kans op blijvende gevolgen?**

Ja  Nee

**Heeft de verzekerde reeds eerder aan dezelfde klachten geleden?**

Ja  Nee

Zo ja, wanneer: \_\_\_\_\_

Hoe lang: \_\_\_\_\_

**Wordt het verloop van de huidige letsels beïnvloed door een eerder bestaande toestand/gebrek?**

Ja  Nee

Beschrijf de toestand/gebrek \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Naam huisarts:** \_\_\_\_\_

Adres en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

**Naam behandelend arts:** \_\_\_\_\_

Adres en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

**Datum eerste geneeskundige behandeling zelfde klachten:** \_\_\_\_\_

Naam ziekenhuis: \_\_\_\_\_

Naam behandelend arts: \_\_\_\_\_

Adres en woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

**Huidig verblijf verzekerde**

Thuis

Familie

Ziekenhuis

Elders, namelijk: \_\_\_\_\_

Verblijf adres en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

**Kan verzekerde op het spreekuur van een arts komen?**

Ja  Nee

**Wanneer er sprake is van een overlijden\***

**Datum overlijden:** \_\_\_\_\_

**Was verzekerde ten tijde van overlijden onder medische behandeling bij een arts/specialist**       Ja     Nee

Zo ja, waarvoor: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Akte van overlijden en verklaring van erfrecht meesturen.

**Algemeen**

**Is er ter zake van dit voorval nog iets van belang mede te delen**       Ja     Nee

Zo ja, hier vermelden: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ondergetekende verklaart**

- ▶ hiervoor vermelde 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.
- ▶ dit schadeformulier 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.
- ▶ van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

Datum \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bijgevoegd\***

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Proces verbaal          | <input type="checkbox"/> Situatieschets ongeval   |
| <input type="checkbox"/> Akte van overlijden     | <input type="checkbox"/> Aanvullende documentatie |
| <input type="checkbox"/> Verklaring van erfrecht | <input type="checkbox"/> Rapport inspectie        |

\* Aankruisen wat van toepassing is.