



INTERMEDIAIRSCOLLECTIEF

Versturen aan:

CED Claims Services
Rietbaan 40-42,
Postbus 393, 2900 AJ Capelle aan den IJssel
E-mailadres: dak@ced-claimsservices.nl

Naam assurantiekantoor:
Naam contactpersoon:
Telefoonnummer:

Schade-aangifte ongevallenverzekering

Polisnummer :
Naam verzekeringnemer : M / V
Straat en huisnummer :
Postcode en woonplaats :
Geboortedatum :
Telefoonnummer Privé: Zakelijk:
Bank en/of giro :
Emailadres :
Is deze schade al gemeld? Ja/Nee Zo ja, wanneer en aan wie?.....

Naam verzekerde : M / V
Straat en huisnummer :
Postcode en woonplaats :
Geboortedatum :
Beroep :
Huisarts (naam en woonplaats) :

Originele nota's, verklaringen, processen verbaal en andere bewijsstukken dienen altijd meegezonden te worden.

Bijzonderheden schade

Schadedatum: :uur:
Wanneer werd voor het eerst hulp ingeroepen? :
Welk letsel heeft verzekerde door het ongeval? :
.....
Welke behandelingen vinden plaats? :
.....
.....
Wanneer is de arbeidsongeschiktheid ingetreden? :
Is verzekerde geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt? :

Aansprakelijkheid

Kan een ander aansprakelijk worden gesteld? Ja/Nee

Indien ja : Naam :
Straat en huisnummer :
Postcode en woonplaats :

Verpleegd/verzorgd

Waar wordt verzekerde verpleegd of verzorgd?

Naam :
Straat en huisnummer :
Postcode en plaats :
Telefoonnummer :

Uitkering

Kunt u eveneens aanspraak maken op een uitkering van een andere verzekeringsmaatschappij i.v.m. ziekte en/of uitkering? : Ja/Nee

Indien ja : Naam maatschappij :
Polisnummer :
Verzekerd bedrag :

Ontvangt u thans een uitkering van DAK Volmacht? : Ja/Nee

Indien Ja, schadenummer :
Heeft u al eens een uitkering ontvangen van DAK Volmacht? : Ja/Nee
Indien ja : Wanneer :
Schadenummer :

Heeft u nog inlichtingen die van belang kunnen zijn? : Ja/Nee

Indien ja, toelichting

.....
.....

Machtiging

Zowel voor u als voor ons is het van belang dat dubbele en dus onnodige keuringen voorkomen worden.

Wij verzoeken u dan ook dringend deze machtiging in te vullen en te ondertekenen.

Ik, de heer/mevrouw:geboortedatum:
machtig hiermee:

- 1 mijn huisarts,
- 2 mijn behandelend en controlerend specialist,
- 3 de medisch adviseur van mijn belangenbehartiger of advocaat,
- 4 de medisch adviseur van de aansprakelijkheidsverzekeraar van de tegenpartij,
- 5 andere onafhankelijke keurende artsen of specialisten die mij onderzochten,

om inlichtingen te verstrekken aan de medisch adviseur van Avero-Achmea schadeverzekeringen N.V. over het onderzoek en/of de behandeling van het letsel dat ik opliep door het ongeval op:(datum)

Deze informatie heeft de medisch adviseur van Avero-Achmea Verzekeringen nodig om mijn klachten goed te beoordelen.

Plaats.....

Datum.....

Handtekening

Verklaring

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- aangifteformulier en de eventueel nog nader te overleggen gegevens aan de maatschappij te verstrekken om te dienen tot de vaststelling van de omvang van de schade en het recht op een uitkering; Van de inhoud van dit formulier te hebben kennisgenomen.

Plaats.....

Datum.....

Handtekening verzekerde

De verstrekte gegevens worden verwerkt in het Centraal Informatiesysteem (CIS) van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen.

Deze databank heeft tot doel een bijdrage te leveren aan het voeren van een verantwoord beleid in het acceptatie- en claimproces door de deelnemers van de Stichting CIS.

De Stichting CIS is op grond van de Wet Bescherming Persoonsgegevens de verantwoordelijke voor dit systeem en is gevestigd aan de Huis ter Heideweg 30 te Zeist. Aanmelding van deze verwerking van persoonsgegevens is op 1 februari 1994 Gedaan bij de toenmalige Registratiekamer, alsmede op 9 augustus 2002 aan het College Bescherming Persoonsgegevens