

Program ⊕ Ongevallenverzekering

Handleiding

1. Vult u a.u.b. alle gegevens volledig in. Wij kunnen uw aangifte dan zo spoedig mogelijk afhandelen.
2. Voor de dekking brandwonden / breuken / ziekenhuisopname geldt dat als u in het bezit bent van een verklaring van de behandelend arts, wij deze graag bij de aangifte ontvangen. Anders verzoeken wij u de machtiging bij dit formulier in te vullen. Onze medisch adviseur zal de informatie dan bij uw arts opvragen.
3. Het schadeaangifteformulier kunt u zenden aan: AIG Europe (Netherlands) N.V., t.a.v. afdeling Claims, Postbus 8606, 3009 AP ROTTERDAM.

Polisnummer

60.14.6278 – tnv ST Soc Fonds TTB

- 1 a Naam en voornamen verzekerde _____

- b Geboortedatum _____
- c Adres _____
- d Postcode en woonplaats _____
- e Post-/ Bankgironummer _____
- f Telefoonnummer _____
- In dienst bij werkgever (naam & adres) _____

In te vullen bij ongeval (bij overlijden gelden alleen de vragen onder a en b)

- 2 a Op welke datum vond het ongeval plaats? _____
- b Wat was de oorzaak van het ongeval?
(a.u.b. omschrijving van de toedracht, zo
nodig een situatieschets of toelichting
op los blad toevoegen) _____

- c Waaruit bestaat het letsel (lichaamsdeel,
links/ rechts)? _____
- d Bestaat er kans op blijvende gevolgen? _____

Aanvullende dekkingen (indien van toepassing)

- f Is er sprake van een elleboog, pols,
of andere armbreuk? ja nee nl. _____
- g Is er sprake van brandwonden? ja nee nl. _____

In te vullen bij ziekenhuisopname

- 3 a Datum opname / Datum ontslag _____ / _____
- b Naam en adres ziekenhuis _____
- c Naam van behandelend geneesheer _____
- d Reden opname _____
- e Heeft u uw huisarts hiervoor geraadpleegd ja nee
Zo ja, wanneer? _____

Wanneer u tenminste 7 dagen in het ziekenhuis bent verbleven:

- f Ontvangt u thuiszorg? ja nee
Zo ja, over welke periode? _____ / _____

Voor vergoeding voor thuiszorg dienen wij in het bezit gesteld te worden van stukken van de thuiszorg organisatie waaruit de duur blijkt.

Ondergetekende verklaart de vragen volledig en naar waarheid te hebben beantwoord.

Datum _____ Handtekening _____

MACHTIGING TOT HET OPVRAGEN EN VERSTREKKEN VAN MEDISCHE GEGEVENS

Verzekerde, de heer/mevrouw* geboren (dd/mm/jj)
...../...../.....

Woonachtig (adres, postcode, plaats).....
machtigt hierbij de hem/haar* behandelende geneesheren, t.w.:

de huisarts:

adres:.....postcode..... te

alsmede de behandelend specialist(en)

- Dr

adres:.....postcode..... te.....

- Dr

adres:.....postcode..... te.....

om aan de medisch adviseur van AIG Europe N.V. alle inlichtingen te verschaffen welke hen gevraagd kunnen worden in verband met het ongeval verzekerde

overkomen d.d.

Medische gegevens worden door onze medisch adviseur strikt vertrouwelijk behandeld. Bij de afhandeling van uw schadeclaim kan het nodig zijn dat de medisch adviseur een of meer behandelaars inschakelt, zoals bijvoorbeeld de schadekorrespondent, de arbeidsdeskundige of andere specialisten. De medisch adviseur zal in dat geval aan deze behandelaars 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 behandelende medische sector.

Ondergetekende verklaart zich bereid, wanneer de verzekeraar dit in het kader van de beoordeling van de claim wenselijk acht, medewerking te verlenen aan een medische keuring of een medisch onderzoek.

Datum

Plaats

Handtekening verzekerde

.....

(s.v.p. doorhalen hetgeen niet van toepassing is)