



Empower Results®

## Schadeformulier bij ongeval

In geval van overlijden bent u verplicht om hiervan binnen 48 uur telefonisch aangifte te doen bij assuranceurs. Bij een kans op blijvende invaliditeit dient binnen 8 dagen na het ongeval hiervan schriftelijk melding te worden gedaan.

Polisnummer \_\_\_\_\_

### GEGEVENS VERZEKERINGSNEMER

Naam van de vereniging \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/Plaats \_\_\_\_\_

Contactpersoon \_\_\_\_\_

Telefoonnummer contactpersoon \_\_\_\_\_

### GEGEVENS BETROKKENE

Naam en voorletters \_\_\_\_\_ M/V

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/Plaats \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

(Post)Bankrekeningnummer \_\_\_\_\_

Beroep \_\_\_\_\_

### GEGEVENS ONGEVAL

Datum en tijdstip ongeval \_\_\_\_\_

Plaats ongeval (adres en plaats) \_\_\_\_\_

Duidelijke omschrijving van het de schadegebeurtenis alsmede vermelding van de oorzaak van het Ongeval

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vond het ongeval plaats tijdens een door uw vereniging georganiseerde activiteit?  Ja  Nee

Zo ja, welke activiteiten

### GEVOLGEN VAN HET ONGEVAL

Aard van het letsel \_\_\_\_\_

Doodsoorzaak \_\_\_\_\_

### BETROKKEN VOERTUIG

Merk auto/kenteken \_\_\_\_\_

Merk motor/kenteken \_\_\_\_\_

Merk bromfiets/verzekeringsplaat \_\_\_\_\_

Merk fiets \_\_\_\_\_

**Plaats in of op voertuig (indien van toepassing)**

- Voorin  Achterin  Voorop  Achter
- Bestuurder  Ja  Nee
- Gordelgebruik, indien van toepassing  Ja  Nee
- Helmdragend, indien van toepassing  Ja  Nee

**POLITIE**

- Is er proces-verbaal opgemaakt?  Ja  Nee
- Zo ja, door welke verbalisant en van welk bureau \_\_\_\_\_

**GETUIGEN**

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

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/Plaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

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

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/Plaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

**GEBRUIK MEDISCH ADVISEUR**

Naam huisarts \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/Plaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

**Specialist/specialisten**

Op welke dag, hoe laat en door welke arts werd de eerste geneeskundige hulp verleend? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Staat betrokkene nog onder geregelde geneeskundige behandeling?  Ja  Nee

Duur van de behandeling (geschat) \_\_\_\_\_

Op welke datum heeft betrokkene de werkzaamheden gestaakt? \_\_\_\_\_

Waar en wanneer kan de controlerend arts van de assuradeuren de betrokkene bezoeken? \_\_\_\_\_

**ALGEMEEN**

Welke mededeling die voor de beoordeling van het ongeval van belang kan zijn kunt u nog doen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Is het ongeval te wijten aan schuld van derden?  Ja  Nee

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zo ja, wie acht u schuldig? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Is betrokkene nog bij een andere maatschappij verzekerd tegen ongevallen?  Ja  Nee

Heeft betrokkenen een autoinzittendenverzekering?  Ja  Nee

Zo ja, bij welke maatschappij en onder welk polis en/of schadenummer staat deze schade bij deze instelling (en) bekend? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### INDIEN VERZEKERD

Daguitkering \_\_\_\_\_

Uitkering bij tijdelijke gehele ongeschiktheid \_\_\_\_\_

### PRIVACY

De persoonsgegevens die u aan ons verstrekt, worden door ons gebruikt voor het verwerken van uw verzoek om informatie, offertes en financiële producten. Tevens gebruiken wij deze persoonsgegevens om eventueel contact met u op te nemen naar aanleiding van de offerte, voor het tot stand brengen van de verzekering en voor de door ons verleende diensten. Wij gaan zorgvuldig om met uw gegevens. Dit vragen wij ook van andere partijen met wie wij uw gegevens delen. Meer informatie over hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens kunt u vinden in onze Privacyverklaring. U vindt deze op [www.aon.nl/privacyverklaring](http://www.aon.nl/privacyverklaring).

### ONDERTEKENING

Ondergetekende verklaart hiermede dat de vorenstaande vragen naar waarheid en beste weten zijn beantwoord.

\_\_\_\_\_  
Plaats

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Handtekening Verzekeringnemer(Vereniging)

\_\_\_\_\_  
Handtekening betrokkene/belanghebbende.

### RETOURADRES

U kunt dit compleet ingevulde formulier sturen naar: Aon Verzekeringen, afdeling Sportschade, Postbus 1919, 3000 BX Rotterdam.