

Schadeformulier voor Ongevallenverzekering

Wij adviseren u dit formulier volledig in te vullen en direct op te sturen als verzekerde een ongeval is overkomen.
Dit bevordert een snelle behandeling!

Fortis ASR
Schadeverzekering N.V.

Polisnummer _____
Schadenummer _____

Postbus 2072, 3500 HB Utrecht
Archimedeslaan 10, 3584 BA Utrecht
Telefoon (030) 257 91 11
Fax (030) 257 83 00
Fortis Bankrekening 86.95.33.843 of
Postbankrekening 6681
t.n.v. Fortis ASR Betalingscentrum B.V.

Verzekeringsadviseur Naam _____
Adres _____
Postcode/Woonplaats _____
Telefoonnummer _____
Relatienummer _____

Verzekeringnemer/contractant (collectief)

Naam _____
Adres _____
Postcode/Woonplaats _____
Telefoonnummer _____
(Post)bankrekeningnummer _____
Contactpersoon _____

Verzekerde (man/vrouw) *

Naam _____
Geboortedatum _____
Adres _____
Postcode/Woonplaats _____
Telefoonnummer _____
(Post)bankrekeningnummer _____

1 Ongeval

a Datum en uur van het ongeval? _____ om _____ uur
b Wilt u hiernaast de toedracht van het ongeval vermelden. (gebruik zonodig de ruimte voor nadere toelichting) _____
c Waaruit bestaat het letsel? _____
d Wanneer begonnen de klachten? _____
e Hoe luidt de diagnose? _____
f Heeft u deze klachten eerder gehad? ja nee
Zo ja, wanneer en hoelang? _____

2 Geneeskundige behandeling

a Huisarts verzekerde Naam _____
Adres _____
Postcode/Woonplaats _____
b Op welke datum werd de eerste geneeskundige hulp verleend? _____
c Door wie? _____
d Verblijft u thuis, in een ziekenhuis of elders? _____
S.v.p. adres opgeven. _____
e Bent u onder behandeling bij een specialist? ja, naam specialist _____ nee
Zo ja, bij welk ziekenhuis? _____
S.v.p. adres ziekenhuis ook opgeven. _____
f Kunt u naar een arts (in uw omgeving) gaan ter controle? ja nee

* Doorhalen wat niet van toepassing is

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 Fortis ASR Schadeverzekering 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 Fortis ASR nodig om mijn klachten goed te beoordelen.

Plaats	Datum	Handtekening
--------	-------	--------------

Ondertekening

Ondergetekende verklaart kennis te hebben genomen van de inhoud van dit formulier en de vragen naar beste weten, volledig en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en de gegevens te hebben verstrekt ter vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering. De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatiesysteem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Het Privacyreglement van de Stichting CIS is op die registratie van toepassing.

Plaats	Datum	Handtekening verzekeringsadviseur	Handtekening verzekerde
--------	-------	--------------------------------------	----------------------------
