Schadeformulier VvAA ongevallenverzekering

GEGEVENS VERZEKERINGNEMER

Naam en voorletters			○ m ○ v
Adres			
Postcode		Woonplaats	
Telefoon privé		E-mail	
Beroep			
Polisnummer			
Relatienummer VvAA			

GEGEVENS VERZEKERDE

Naam en voorletters			○ m ◉ v
Adres			
Postcode		Woonplaats	
Geboortedatum			
Telefoon privé		E-mail	
Beroep			
Huisarts (naam en woonplaats)			

ONGEVAL

Wanneer en waar heeft het ongeval plaatsgevonden?

Datum		Plaats	

Hoe heeft het ongeval plaatsgevonden? (graag een gedetailleerde omschrijving)

Wie veroorzaakte het ongeval?

Orteliuslaan 750, Postbus 8153, 3503 RD Utrecht, 030 247 47 89, levenacceptatie@vvaa.nl, www.vvaa.nl

LETSEL

Waaruit bestaat het letsel?

Heeft verzekerde eerder aan dezelfde klachten geleden?

Wanneer werd de eerste medische hulp verleend?

Door wie? Naam:

Specialisme:

Instelling:

Waar verblijft verzekerde op dit moment? ○ thuis ○ ziekenhuis ○ elders

Svp adres opgeven:

Welke arts behandelt verzekerde nu? Naam:

Specialisme:

Instelling:

Moet verzekerde bij deze arts nog terugkomen? ○ ja ○ nee

Heeft verzekerde op dit moment nog klachten? ○ ja ○ nee

WERKZAAMHEDEN

Is verzekerde arbeidsongeschikt ten gevolge van het ongeval? ○ ja ○ nee

Zo ja, voor welk percentage is verzekerde arbeidsongeschikt?

VERZEKERINGEN ELDERS

Kan verzekerde eveneens aanspraak maken op een uitkering van
een andere verzekeringsmaatschappij als gevolg van het ongeval? ○ ja ○ nee

Zo ja, bij welke maatschappij, welk polisnummer en voor welk verzekerd bedrag?

ONDERTEKENING

Ondergetekende verklaart bovenstaande vragen geheel overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en niets te hebben verzwegen wat voor VvAA van belang kan zijn i.v.m. het hierbij aangegeven letsel.

Dit formulier is naar waarheid ingevuld en ondertekend door:

Naam

Datum Plaats Handtekening

U kunt dit aanvullende formulier rechtstreeks sturen naar:

VvAA schadeverzekeringen N.V.
Medisch adviseur (vertrouwelijk)
Antwoordnummer 1551
3500 VP Utrecht
(Een postzegel is niet nodig)

750, 8153, 89,