



## Inkomen

Postbus 93604  
2509 AV Den Haag  
Telefoon (070) 513 03 03  
Fax (070) 513 06 30  
www.nn.nl

Verzekeringsadviseur

Adres

Rekeningnummer

## Schadeaangifte arbeidsongeschiktheids- en ongevallenverzekering

uitgave oktober 2010

1 Polisnummer   
Dossiernummer  *Door de maatschappij in te vullen*

### 2 Persoonsgegevens verzekerde

Naam en voorletter(s) \_\_\_\_\_  man  vrouw  
Geboortedatum dag  maand  jaar   
Burgerservicenummer (BSN)   
Adres \_\_\_\_\_ huisnr.   
Postcode en woonplaats    
Telefoonnummer privé   
Mobiel nummer   
E-mailadres \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Rekeningnummer   
Zakelijk adres \_\_\_\_\_ huisnr.   
Postcode en plaats    
Telefoonnummer zakelijk

### 3 Verpleging (indien anders dan woonadres)

Verpleegadres \_\_\_\_\_ huisnr.   
Postcode en plaats    
Telefoonnummer

### 4 Algemeen

Per welke datum meldt u zich arbeidsongeschikt? dag  maand  jaar   
Is uw melding het gevolg van een ziekte of een ongeval?  ziekte  ongeval  
Welke beperkingen ervaart u in uw werk als gevolg van deze ziekte/het ongeval? \_\_\_\_\_  
Ingeval van ziekte: heeft u ooit eerder aan deze ziekte geleden?  nee  ja  
Zo ja, wanneer? \_\_\_\_\_  
Hoe vaak? \_\_\_\_\_ keer  
Welke arts/specialist heeft u toen behandeld? \_\_\_\_\_

### 5 Behandeling en diagnose\*

Bent u onder behandeling van een arts of specialist?  nee  ja  
Per wanneer? dag  maand  jaar

\* Gegevens van medische aard kunnen direct in gesloten envelop aan de medisch adviseur van de maatschappij worden gezonden.

Naam en woonplaats huisarts \_\_\_\_\_ te \_\_\_\_\_

Naam en adres behandelend specialist \_\_\_\_\_

Welke diagnose is gesteld? \_\_\_\_\_

Wie heeft deze diagnose gesteld? \_\_\_\_\_

**6 Eerdere schaden**

Hebt u ooit eerder een uitkering ontvangen wegens ziekte of ongeval?  nee  ja

Zo ja, van welke maatschappij(en)? \_\_\_\_\_

Wanneer? \_\_\_\_\_

**7 Werkzaamheden**

Wat is uw beroep? \_\_\_\_\_

Waaruit bestaan uw werkzaamheden?

- 1. Leidinggevend
- 2. Uitvoerend, nl: \_\_\_\_\_
- 3. Administratief
- 4. Reizend
- Anders, nl: \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_

Aantal uren per week voor uitval	Aantal uren per week na uitval

Wat is uw eigen gedachte over een datum van (gedeeltelijke) werkhervatting? \_\_\_\_\_

Hoe luidt het advies van uw behandelend arts over een datum van (gedeeltelijke) werkhervatting? \_\_\_\_\_

**8 Verzekeringen elders**

Bij welke maatschappij(en) bent u verzekerd voor:

- Ongevallen \_\_\_\_\_
- Polisnummer [ ]
- Arbeidsongeschiktheid (anders dan deze verzekering)
- Polisnummer [ ]

Kunt u aanspraak maken op uitkeringen krachtens sociale verzekeringen?

- REA  nee  ja
- AWBZ  nee  ja
- WAO / WIA  nee  ja
- Anders, nl. \_\_\_\_\_
- Adres UWV \_\_\_\_\_

## 9 Extra vragen bij ongevallen

Wanneer vond het ongeval plaats? dag   maand   jaar      
\_\_\_\_\_ uur  vm  nm

Wilt u een gedetailleerde omschrijving van het ongeval geven?  
Wilt u zonodig een aparte bijlage toevoegen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welk vervoermiddel gebruikte u? \_\_\_\_\_ kenteken

Hoeveel inzittenden op het moment van het ongeval? \_\_\_\_\_ inzittenden

Maakte u gebruik van de veiligheidsgordels op het moment van het ongeval?  nee  ja

Wie heeft het ongeval veroorzaakt?

Naam en voorletter(s) \_\_\_\_\_  man  vrouw

Adres \_\_\_\_\_ huisnr.

Postcode en woonplaats      \_\_\_\_\_

Waar tegen aansprakelijkheid verzekerd?

Maatschappij \_\_\_\_\_

Polisnummer

Is de schade daar aangemeld?  nee  ja

Is er een proces-verbaal opgemaakt?  nee  ja

Zo ja, door wie \_\_\_\_\_

## 10 Kosten

*Alleen in te vullen, als de kosten van geneeskundige behandeling zijn meeverzekerd, overeenkomstig Rubriek D en/of E van uw ongevallenverzekering.*

Naam Ziekenfonds of Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_

Eigen risico voor  
– Huisartsenbehandeling?  € \_\_\_\_\_  niet verzekerd

– Tandheelkundige behandeling?  € \_\_\_\_\_  niet verzekerd

– Specialistische behandeling?  € \_\_\_\_\_  niet verzekerd

## 11 Loonheffing toepassen

*U kunt de loonheffingskorting maar door één instantie tegelijkertijd laten toepassen*

Wilt u dat Nationale-Nederlanden rekening  nee  ja, vanaf  
houdt met de loonheffingskorting?

dag   maand   jaar

## 12 Verklaring en ondertekening

De ondergetekende verklaart bovenstaande vragen volledig, nauwkeurig en naar waarheid beantwoord te hebben.

Datum \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_ Handtekening van de verzekerde \_\_\_\_\_

*Volledige invulling voorkomt vertraging van de claimbehandeling.*

---

## Toelichting

*Medische gegevens worden door onze medisch adviseur strikt vertrouwelijk behandeld. Bij de afhandeling van uw claim kan het noodzakelijk zijn dat de medisch adviseur één of meer ttbehandelaars inschakelt zoals bijvoorbeeld de schadebehandelaar, de arbeidsdeskundige of andere specialisten. De medisch adviseur zal in dat geval aan deze behandelaars die medische gegevens verstrekken die voor de afhandeling van de zaak belangrijk zijn. Bij deze eventuele verstrekking van informatie rust op de behandelaars een afgeleide geheimhoudingsplicht. Nationale-Nederlanden zal de in haar bezit zijnde medische gegevens nimmer aan derden verstrekken tenzij u vooraf daarvoor uw toestemming heeft gegeven.*

*De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatie Systeem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen, eigendom van de Stichting CIS, gevestigd aan de Huis ter Heideweg 30 te Zeist, Postbus 124, 3700 AC Zeist, [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl). Dit systeem heeft tot doel een bijdrage te leveren aan het voeren van een verantwoord acceptatie- en schaderegelingsbeleid door de deelnemers van de Stichting CIS. Aanmelding van deze verwerking van persoonsgegevens is op 9 augustus 2002 gedaan aan het College Bescherming Persoonsgegevens.*

---