

Schadeformulier ongefallenverzekering

Tussenpersoon:

Polisnummer:

Schadenummer:

S.v.p. volledig invullen en aankruisen wat van toepassing is.

Verzekerde die schade heeft geleden

Naam en voornamen (*voluit*)

Adres

Woonplaats

Telefoonnummer

Geboortedatum

ID-nummer

E-mailadres

Bedrijf (*indien van toepassing*)

Giro-/bankrekeningnummer:

lopende rekening

spaarrekening

Naam bank:

Tenaamstelling:

1. Algemene gegevens van de gewonde

a. Naam en voornamen (*voluit*)

b. Adres

c. Woonplaats

d. Telefoonnummer

e. Geboortedatum

1.

a.

b.

c.

d.

e.

2. Arbeidsomstandigheden van de gewonde

a. Beroep

b. Toezichhoudend?

c. Medewerkend?

d. Aan welke machines werkt de gewonde wel eens?

e. Welke sport beoefent de gewonde als niet-amateur?

f. Bestuurt de gewonde wel eens een:

I. bromfiets?

II. scooter?

III. motorrijwiel?

2.

a.

b.

ja

nee

c.

ja

nee

d.

e.

f.

g.

h.

i.

ja

nee

II.

ja

nee

Aantal cc:

III.

ja

nee

Aantal cc:

3. Gegevens ongeval

Wanneer en waar vond het ongeval plaats?

3.

Datum:

tijdstip:

Straatnaam:

Plaats:

4.

Gelieve een uitvoerige en duidelijke omschrijving te geven van het ongeval (*oorzaak, toedracht, bij welke bezigheden, gevolgen*).

<p>5. Getuigen</p> <p>a. Wie heeft het ongeluk veroorzaakt? Geef de naam met het nauwkeurige adres</p> <p>b. Welke personen waren bij het ongeval aanwezig? Wat zijn hun namen en adressen?</p> <p>c. Is van het ongeval proces-verbaal opgemaakt? Zo ja, door welke instantie?</p>	<p>5.</p> <p>a. Naam: Adres:</p> <p>b. Naam: Adres:</p> <p>Naam: Adres:</p> <p>c. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p>
<p>6. Verpleging</p> <p>a. Waar wordt de gewonde verpleegd?</p> <p>b. Wanneer is de geneeskundige behandeling begonnen?</p> <p>c. Welke arts behandelt de gewonde?</p> <p>d. Kan de gewonde zijn bezigheden volledig blijven verrichten?</p> <p>e. Kan de gewonde zijn bezigheden gedeeltelijk blijven verrichten? Zo ja, welk gedeelte?</p>	<p>6.</p> <p>a. Naam instelling: Adres:</p> <p>b. Datum:</p> <p>c. Naam: Adres: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p>
<p>7 Algemeen</p> <p>a. Heeft de gewonde reeds eerder schadevergoeding ontvangen wegens hem overkomen ongevallen? Zo ja, van welke maatschappij(en), wanneer en tot welke bedragen?</p> <p>b. Is de gewonde nog bij een andere maatschappij tegen ongevallen of ziekte verzekerd? Zo ja, bij welke maatschappij en tot welk bedrag?</p> <p>c. Ontvangt de gewonde een uitkering krachtens een ongevallenwet of ziekwet (S.V.B.)?</p> <p>d. Heeft de gewonde recht op een daggelduitkering? Zo ja, gaarne een arbeidsongeschiktheidsbrief van de behandelende arts overleggen</p>	<p>7.</p> <p>a. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>Naam maatschappij: Datum: <input type="checkbox"/> ANG <input type="checkbox"/> AWG <input type="checkbox"/> USD</p> <p>b. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>Naam maatschappij: <input type="checkbox"/> ANG <input type="checkbox"/> AWG <input type="checkbox"/> USD</p> <p>c. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>d. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p>
<p>8. Wanneer werd het laatst de premie betaald?</p>	<p>8. Datum:</p>

<p>9. Is er nog iets mede te delen met betrekking tot deze schade wat voor Guardian Group van belang kan worden geacht? Zo ja, geef toelichting</p>	<p>9. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--

Ondergetekende verklaart alle vragen naar waarheid te hebben beantwoord, en geen bijzonderheden met betrekking tot de schade te hebben verzwegen. Het is ondergetekende bekend, dat wanneer mocht blijken, dat gegevens onjuist of onwaar zijn, of dat iets verzwegen is wat op de regeling der schade van invloed kan zijn, het recht op uitkering komt te vervallen.

Datum: _____ Handtekening verzekerde: _____

Ondergetekende machtigt bij deze de artsen die hem/haar behandelen of behandeld hebben, alle gewenste inlichtingen aan de arts van Guardian Group te verstrekken.

Naam in blokletters: _____

Datum: _____ Handtekening: _____

Vaststellen en verifiëren van uw identiteit

In het kader van verschillende nationale en internationale wet- en regelgevingen, zoals onder andere voorkoming van witwassen van geld en financieren van terrorisme en melding ongebruikelijke transacties (MOT), is Guardian Group en de aan haar gelieerde maatschappijen als Fatum Holding N.V.; Fatum General Insurance N.V.; Fatum General Insurance Aruba N.V.; Fatum Health N.V.; Fatum Life N.V. en Fatum Life Aruba N.V. (hierna: "Guardian Group") als verzekeraar (financiële dienstverlener) verplicht om uw identiteit te kunnen verifiëren. Zo kunnen wij nagaan of de door u opgegeven identiteit overeenkomt met uw werkelijk aan ons getoonde identiteit.

Het voorgaande betekent dat Guardian Group aan u, als particuliere dan wel zakelijke klant, zal vragen om u zich te identificeren middels een geldig identiteitsbewijs/originele documenten, voordat wij uiteindelijk u een dienst kunnen verlenen of een zakenrelatie met u kunnen aan gaan.

Guardian Group zal vervolgens duidelijke (kleuren) kopie(ën) maken van uw geldig identiteitsbewijs/originele documenten en deze kopie(ën) door u zelf laten voorzien van uw handtekening en datum van ondertekening. Deze kopie(ën) wordt(en) geacht integraal onderdeel uit te maken van uw verzoek en zal (zullen) tezamen met dit formulier worden bewaard in het dossier bij Guardian Group.

Persoonsgegevens zullen door ons worden opgeslagen in de klantenadministratie van Guardian Group. De verschillende toezichthouders zullen erop toezien, dat Guardian Group als verzekeraar en financiële dienstverlener haar wettelijke verplichtingen rondom het vaststellen en verifiëren van uw identiteit en indien (wettelijk) vereist verstrekken van persoonsgegevens aan derden, correct en zorgvuldig zal nakomen en uitvoeren.

Onderstaand schema, welke van toepassing, invullen door medewerker van Guardian Group of een tussenpersoon van Guardian Group:

Geldige identiteitsbewijzen bij natuurlijke personen en/of bestuurder rechtspersoon*	Verzekeringnemer		Verzekerde		Premiebetaler		Begunstigde	
	Nummer		Nummer		Nummer		Nummer	
Identiteitskaart (sécula) of vervaldatum:								
Rijbewijs of vervaldatum:								
Paspoort vervaldatum:								

(*) Een kopie van een (verlopen) identiteitskaart (sécula), rijbewijs of paspoort wordt niet geaccepteerd als een geldig identiteitsbewijs.

Originele documenten bij rechtspersonen	Verzekeringnemer		Verzekerde		Premiebetaler		Begunstigde	
	Aanwezig	Datum afgifte document	Aanwezig	Datum afgifte document	Aanwezig	Datum afgifte document	Aanwezig	Datum afgifte document
a) Uittreksel uit het handelsregister van de Kamer van Koophandel** en onder andere b en c:								
b) Statuten en								
c) Aandeelhoudersregister								

(**) Een kopie van een uittreksel uit het handelsregister van de Kamer van Koophandel en/of ouder dan zes (6) maanden wordt niet geaccepteerd als een origineel document.

Type adresverificatie:

(***) Een kopie van de type adresverificatie ouder dan 3 maanden wordt niet geaccepteerd.

In te vullen door een medewerker van Guardian Group of een tussenpersoon van Guardian Group:

Hierbij verklaar ik _____ (Naam en voornamen (vuluit) van _____), dat ik het (de) originele en geldige identiteitsbewijs/originele documenten, welke ik in bovenstaande schema('s) heb vermeld, heb aangenomen en hiervan een duidelijke (kleuren) kopie(ën) heb gemaakt welke geacht wordt (worden) integraal onderdeel uit te maken van het verzoek van de klant en zal (zullen) door mij worden toegevoegd aan het dossier van Guardian Group.

Land :

Datum :

Handtekening :

ARUBA

L.G. Smith Boulevard 162
Postbus 510
Aruba
Tel.: (297) 582 1111
Fax: (297) 582 6138

BONAIRE

Kaya Gobernador N. Debrot 35
Postbus 152
Bonaire
Tel.: (599) 717 8811
Fax: (599) 717 5222

CURAÇAO

Cas Coraweg 2
Postbus 3002
Curaçao
Tel.: (599-9) 777 7100
Fax: (599-9) 736 6333

SINT MAARTEN

A.J.C. Brouwers Road 6
Postbus 201
Sint Maarten
Tel.: (1-721) 542 2248
Fax: (1-721) 542 3127

3233