

# Schade aangifteformulier Zorgongevallen

Polisnummer

## Verplichting bij een ongeval:

In geval van overlijden dient hiervan uiterlijk binnen 48 uren na het ongeval per telefoon, fax of e-mail aangifte te worden gedaan. Bij een kans op blijvende invaliditeit dient hiervan uiterlijk binnen 8 dagen na het ongeval schriftelijk melding te worden gedaan. (Alle vragen volledig beantwoorden - met blokletters invullen)

---

## 1. Gegevens verzekerde

Naam werkgever

Adres

Postcode

Woonplaats

Contactpersoon

Telefoon overdag

E-mail

---

## 2. Persoonsgegevens

Naam betrokkene

Voorletters

Vrouw

Man

Adres

Postcode

Woonplaats

Geboortedatum

Telefoon overdag

Beroep

Gehuwd

Ongehuwd

IBAN (banknummer)

Ten name van

E-mail

BSN-nummer

---

## Gegevens ongeval

3. Wanneer en waar heeft het ongeval plaatsgevonden?

Datum

Plaats

Tijdstip

Binnen welke gemeente vond het ongeval plaats?

## 4. Toelichting

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

**ZEKUR.nl**

Veel verzekering voor weinig

Schade aangifteformulier Zorgongevallen

## 5. Afloop

Aard van het letsel

Doodsoorzaak

## 6. Betrokken voertuig

Merk auto Kenteken

Merk motor Kenteken

Merk bromfiets Kenteken

Merk fiets

## 7. Plaats in of op het voertuig

Voorin Achterin

Voorop Achterop

Bestuurder? Ja Nee

Gordelgebruik, indien van toepassing, ten tijde van het ongeval Ja Nee

Evenals helm dragend Ja Nee

## 8. Politie

Is het proces-verbaal opgemaakt? Ja Nee

Zo ja, door welke verbalisant en door welk bureau?  
Verbalisant  
Bureau

## 9. Getuigen

Naam

Adres Postcode

Woonplaats Telefoon

Naam

Adres Postcode

Woonplaats Telefoon

## 10 Gebruik medisch adviseur

Gegevens huisarts

Naam Voorletters Vrouw Man

Adres Postcode

Woonplaats Telefoon

Gegevens specialist

Naam	Voorletters	Vrouw	Man
Adres	Postcode		
Woonplaats	Telefoon		

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

Datum	Tijdstip
-------	----------

Naam arts

Staat de betrokkene nog onder geregelde geneeskundige behandeling?	Ja	Nee
--	----	-----

Duur van de behandeling? (geschat)

Op welke datum heeft de betrokkene de werkzaamheden gestaakt?	Datum
---	-------

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

Datum bezoek

Plaats bezoek

## 11. Algemeen

Welke mededeling kun je nog doen, die voor de beoordeling van dit ongeval van belang kan zijn?

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

Zo ja, wie acht je schuldig?

Naam

Adres	Postcode
-------	----------

Woonplaats	Telefoon
------------	----------

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

Heeft betrokkene een auto-inzittende verzekering?	Ja	Nee
---	----	-----

Zo ja, bij welke maatschappij?	Datum bezoek
--------------------------------	--------------

Polisnummer

Evt. Schadenr.

---

## Ondertekening

De op dit schadeformulier ingevulde en eventueel nog aan te leveren (persoons)gegevens worden opgenomen in de verzekerden administratie van de verzekeraar/gevolmachtigd agent. Voor het afhandelen van de schade kan het gebeuren dat verzekeraar/gevolmachtigd agent ook gegevens van andere partijen dan verzekeringnemer of verzekerde verwerkt, bijvoorbeeld de tegenpartij of een getuige. Het privacyreglement van de verzekeraar/gevolmachtigd agent is hierop van toepassing. Het privacyreglement kan je nalezen op [yourbenefits.eu/privacy-verklaring](http://yourbenefits.eu/privacy-verklaring)



Veel verzekering voor weinig

Schade aangifteformulier Zorgongevallen

In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid legt de verzekeraar de gegevens van de schade en je persoonsgegevens vast in het Centraal Informatiesysteem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen (Stichting CIS). Het maakt daarbij niet uit of de schade door je eigen schuld is ontstaan. Op deze registratie(s) is het privacyreglement van de Stichting CIS van toepassing. Deze kan je nalezen op de website van Stichting CIS, [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl).

Ondergetekende verklaart:

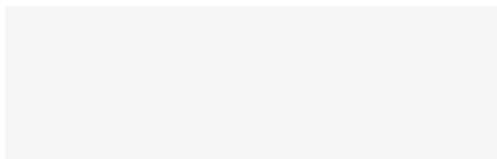
- Bovenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en naar waarheid te hebben beantwoord en uitgelegd.
- Geen bijzonderheden over deze schade te hebben verzwegen.
- Hierbij (voor zover nodig) toestemming te geven aan de medische adviseur(s) van de alarmcentrale, om de informatie die nodig is beschikbaar te stellen aan de medische adviseur(s) van Your Benefits Assuradeuren B.V., over de reden en achtergrond van medische behandeling, ziekehuisopname en/of vervoer naar Nederland.
- Het schadeformulier en de eventueel nog nader aan te leveren (persoons)gegevens aan Your Benefits Assuradeuren B.V. te verstrekken, zodat vastgesteld kan worden wat de omvang van de schade is en op welke vergoeding aanspraak kan worden gemaakt.
- Van de inhoud van dit schadeformulier kennis te hebben genomen.
- Bekend te zijn met de voorwaarde dat bij onjuiste/onware opgave van gegevens en informatie elk recht op vergoeding vervalt.

Door dit formulier te ondertekenen, draagt u de rechten op een vergoeding van een andere verzekeraar over aan Your Benefits Assuradeuren B.V..

Datum

Ik ben akkoord. (Klik dit aan als je dit formulier per e-mail wilt versturen.)

Handtekening (alleen indien het formulier per post wordt verzonden)



Mail bij voorkeur je volledig ingevulde en ondertekende schadeformulier inclusief bijlagen naar [schadeZEKUR@ybas.nl](mailto:schadeZEKUR@ybas.nl).

Indien je niet in staat bent het schadeformulier te mailen, stuur je je schadeformulier naar:  
ZEKUR, p.a. Your Benefits Assuradeuren B.V., postbus 2296, 5600 CG Eindhoven.