



Schadeaangifteformulier blijvende invaliditeit en overlijden **TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis**

Belangrijke aandachtspunten voor een snelle afhandeling van uw claim:

- zorgt u ervoor dat dit formulier volledig is ingevuld en ondertekend.
- stuur (dokers)verklaringen, aktes en andere bewijsstukken direct mee.
- vul het formulier duidelijk leesbaar in blokletters in.

Stuur het ingevulde en ondertekende formulier plus aanvullende documenten per post naar TAF, Postbus 4562, 5601 EN Eindhoven of per e-mail naar info@taf.nl.

Vragen over uw claim?

TAF stuurt uw schadeaanfite door naar verzekeraar Chubb en informeert ook uw verzekeringsadviseur. Heeft u vragen over de behandeling van uw claim dan kunt u rechtstreeks contact opnemen met Chubb, afdeling Schade, telefoonnummer 010-2893545, faxnummer 010-2893566, e-mailadres beneluxclaims@chubb.com.



eenvoudig transparant

Schadeaangifteformulier

blijvende invaliditeit en overlijden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis



eenvoudig transparant

Polisnummer: _____

Gegevens verzekeringnemer

Voorletter(s):	_____	Tussenvoegsel:	_____
Achternaam:	_____		
Adres:	_____		
Postcode/Woonplaats:	_____		
Telefoonnummer:	_____	E-mail:	_____
Mobiele telefoonnummer:	_____		
Geboortedatum:	____-____-____	Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
IBAN rekeningnummer:	_____		

Gegevens verzekerde(n) (alleen aangeven, welke verzekerde(n) getroffen is/zijn door het ongeval)

Voorletter(s):	_____	Tussenvoegsel:	_____
Achternaam:	_____		
Adres:	_____		
Postcode/Woonplaats:	_____		
Telefoonnummer:	_____	E-mail:	_____
Mobiele telefoonnummer:	_____		
Geboortedatum:	____-____-____	Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw

Voorletter(s):	_____	Tussenvoegsel:	_____
Achternaam:	_____		
Adres:	_____		
Postcode/Woonplaats:	_____		
Telefoonnummer:	_____	E-mail:	_____
Mobiele telefoonnummer:	_____		
Geboortedatum:	____-____-____	Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw

Gegevens belanghebbende

(alleen door een belanghebbende in te vullen in geval van overlijden van verzekerde(n) of wanneer verzekerde niet in staat is zelf dit formulier in te vullen en te ondertekenen)

Voorletter(s):	_____	Tussenvoegsel:	_____
Achternaam:	_____		
Adres:	_____		
Postcode/Woonplaats:	_____		
Telefoonnummer:	_____	E-mail:	_____
Mobiele telefoonnummer:	_____		
Geboortedatum:	____-____-____	Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw



Schadeaangifteformulier

blijvende invaliditeit en overlijden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

Gegevens omtrent ongeval

1. Wanneer vond het ongeval plaats?

Datum: | | | | - | | | | - | | | | | |

Tijdstip: | | | | - | | | |

2. Waar gebeurde het ongeval?

Plaats:

Eventuele straatnaam:

3. Wat was de oorzaak van het ongeval?

(a.u.b. omschrijving van de toedracht, zo nodig situatieschets of toelichting op los blad toevoegen)

4. Wie veroorzaakte het ongeval?

Voorletter(s):

Tussenvoegsel:

Achternaam:

Adres:

Postcode/Woonplaats: | | | | | | | | | |

Mobiele telefoonnummer: | | | | | | | | | | | | | | | | E-mail:

5. Waren er motorvoertuigen bij betrokken?

Nee Ja

Zo ja,

Bestuurder 1: Voorletter(s):

Tussenvoegsel:

Achternaam:

Adres:

Postcode/Woonplaats: | | | | | | | | | |

Mobiele telefoonnummer: | | | | | | | | | | | | | | | | E-mail:

Kenteken:

Bestuurder 2: Voorletter(s):

Tussenvoegsel:

Achternaam:

Adres:

Postcode/Woonplaats: | | | | | | | | | |

Mobiele telefoonnummer: | | | | | | | | | | | | | | | | E-mail:

Kenteken:

6. Waren er getuigen bij het ongeval?

Nee Ja

Zo ja,

Getuige 1: Voorletter(s):

Tussenvoegsel:

Achternaam:

Adres:

Postcode/Woonplaats: | | | | | | | | | |

Mobiele telefoonnummer: | | | | | | | | | | | | | | | | E-mail:

Telefoonnummer: | | | | | | | | | | | | | | | |

Getuige 2: Voorletter(s):

Tussenvoegsel:

Achternaam:

Adres:

Postcode/Woonplaats: | | | | | | | | | |

Mobiele telefoonnummer: | | | | | | | | | | | | | | | | E-mail:

Telefoonnummer: | | | | | | | | | | | | | | | |



Schadeaangifteformulier

blijvende invaliditeit en overlijden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

7. Welke politie-instantie maakte proces-verbaal of rapport op? (aankruisen wat van toepassing is)

Gemeentepolitie Rijkspolitie Militaire politie

Op welk bureau? _____

Adres: _____

Postcode/Plaats: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefoonnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail: _____

Datum: |_|_|_|-|_|_|_|-|_|_|_|_|_|

(Indien u een proces-verbaal of een rapport in uw bezit heeft, s.v.p. meesturen.)

Gegevens omtrent letsel

8. Gegevens huisarts:

Naam huisarts: _____

Adres: _____

Postcode/Plaats: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefoonnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail: _____

9. Waaruit bestaan de klachten, c.q. waaruit bestaat het letsel:

10. Bestaat er kans op blijvende gevolgen?

Nee Ja

11. Door welke arts/specialist wordt verzekerde nu behandeld?

Naam arts: _____

Adres: _____

Postcode/Plaats: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefoonnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail: _____

12. Heeft verzekerde reeds eerder aan dezelfde klachten geleden?

Nee Ja

Zo ja, van: |_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| tot: |_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

13. Op welke datum heeft verzekerde zich hiervoor voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld?

Datum: |_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

14. Wie was toen de behandelend arts/specialist?

Naam behandelend arts/specialist: _____

Adres: _____

Postcode/Plaats: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefoonnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail: _____

15. Verblijft verzekerde thuis, in een ziekenhuis of elders (a.u.b. volledig adres invullen)?

Adres: _____

Postcode/Plaats: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

16. Kan verzekerde op het spreekuur van een arts komen?

Nee Ja

Schadeaangifteformulier

blijvende invaliditeit en overlijden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis



eenvoudig transparant

Gegevens omtrent overlijden (alleen in te vullen in geval van overlijden van verzekerde als gevolg van een ongeval)

A.u.b. akte van overlijden bijvoegen

17. Was verzekerde ten tijde van overlijden onder medische behandeling bij een arts/specialist?

Nee Ja

Zo ja, waarvoor?

Algemeen

18. Is/was er sprake van bestaande invaliditeit of ziekelijke toestand, die van invloed kan zijn geweest op het ontstaan van het ongeval, dan wel die de gevolgen van het ongeval voor verzekerde vergroot (heeft)?

Nee Ja

Zo ja, hieronder vermelden:

19. Is er nog andere informatie van belang voor deze schadeaangifte?

Nee Ja

Zo ja, hieronder vermelden:

Schadeaangifteformulier

blijvende invaliditeit en overlijden

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis



eenvoudig transparant

Slotverklaring en ondertekening

Ondergetekende verklaart:

- vorenstaande vragen en opgave naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt, en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen;
- dit schadeaangifteformulier en de eventueel nog nader over te leggen gegevens aan de maatschappij te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering;
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

Plaats: _____

Datum: |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|_|

Handtekening verzekeringnemer/verzekerde: _____

Plaats: _____

Datum: |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|_|

Handtekening belanghebbende (indien van toepassing): _____

Bijgevoegd (noem alle bijlagen die u met dit formulier meestuurt):

proces-verbaal

akte van overlijden