



Schadeaangifteformulier ernstige ziekte **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 ernstige ziekte

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

Diagnose en ziekenhuisopname ziekte:

Let op! Vergeet niet de doktersverklaring op pagina 5 te laten invullen en ondertekenen door de behandelend arts/specialist.

Polisnummer:

Gegevens verzekeringnemer

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

Gegevens verzekerde (welke schade heeft geleden)

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

Gegevens belanghebbende (alleen invullen bij overlijden verzekerde)

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

Bankgegevens

Schadebedrag overmaken aan: Verzekeringnemer

Verzekerde

Belanghebbende

IBAN rekeningnummer:

Naam en plaats bank:



Schadeaangifteformulier ernstige ziekte

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;
- toestemming te verlenen aan elke arts, welke verzekerde ooit heeft behandeld en/of elk ziekenhuis, waar verzekerde ooit is opgenomen, alle ter zake dienende inlichtingen te verstrekken aan Chubb of een door haar aangestelde gemachtigde;
- 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):

- doktersverklaring
-
-
-
-
-



Doktersverklaring

TAF Ernstige ziekte en Ongeval Polis

eenvoudig transparant

In te vullen door de behandelende arts

Graag duidelijk leesbaar invullen in blokletters!

Gegevens patiënt

Voorletter(s): _____ Tussenvoegsel: _____
Achternaam: _____
Geboortedatum: ____-____-____ Geslacht: Man Vrouw

Gegevens arts

Voorletter(s): _____ Tussenvoegsel: _____
Achternaam: _____
Adres: _____
Postcode/Plaats: _____
Telefoonnummer: _____ E-mail: _____

Gegevens ziekenhuisopname/Ongeval

Diagnose: _____

Duur ziekenhuisopname:
Opnamedatum: ____-____-____ Tijdstip: ____-____
Ontslagdatum: ____-____-____ Tijdstip: ____-____

Wanneer ontving de patiënt voor het eerst medische behandeling voor deze aandoening?
____-____-____

Werd de patiënt eerder door een andere arts behandeld voor de huidige aandoening?
 Nee Ja

Zo ja, behandelperiode: _____
Naam behandelend arts: _____
Adres: _____
Postcode/Plaats: _____
Telefoonnummer: _____

Wordt het verloop van de huidige letsels beïnvloed door een eerder bestaande toestand/gebrek?
 Nee Ja

Zo ja, beschrijf de toestand/gebrek: _____

Zal de patiënt volgens prognose volledig genezen van de aandoening?
 Nee Ja

Zal er blijvende invaliditeit optreden ten gevolge van het ongeval?
 Nee Ja

Zo ja, percentage: _____ %

Eventuele opmerkingen: _____

Plaats: _____ Datum: ____-____-____

Handtekening arts: _____