

Schade-aangifteformulier - Ziekenhuisopname

- Alvorens dit formulier in te vullen, wordt u geadviseerd de polisvoorwaarden na te lezen. U weet dan of u recht hebt op een schade-uitkering.
- Alle vragen in dit formulier dienen beantwoord te worden, dit ter voorkoming van vertraging in de behandeling van uw schade-aangifte.

Sectie A - Personalia

Polisnummer:

1. Naam
2. Voorna(a)m(en)
3. Adres
4. Telefoon
5. E-mailadres
6. Geboortedatum
7. Bankgegevens
8. Burgerservicenummer
9. NAW-gegevens van uw huisarts

<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> v
<input type="text"/>			
Straat			
Postcode en Plaats			
Thuis		Werk	
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
IBAN		BIC	
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

Sectie B - Werkzaamheden

1. Beroep
2. Sinds
3. Omschrijving werkzaamheden
4. Bedrijfsnaam Werkgever
5. Adres
6. Telefoonnummer

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> loondienst	<input type="checkbox"/> zelfstandig
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
Straat		
Postcode en Plaats		
<input type="text"/>		

Sectie C - Gegevens over uw ziekte / ongeval

1. Omschrijving ziekte / ongeval
2. Op welke datum begon uw ziekte / vond het ongeval plaats?
3. Op welke datum hebt u zich voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld?
4. NAW-gegevens ziekenhuis
5. In geval van ziekte, hebt u eerder aan deze klachten geleden?
6. Hebt u eerder een schade-uitkering onder deze verzekering ontvangen? Indien ja, graag schadenummer vermelden.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, van <input type="text"/> tot <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja

Sectie D - Verklaring verzekerde (door u te ondertekenen)

Ik verklaar hierbij dat ik ten gevolge van mijn ziekte/ongeval ben opgenomen in een erkend ziekenhuis of kliniek, zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden. Tevens verklaar ik de vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen. Ik ben mij ervan bewust dat verzwijging of het geven van een verkeerde voorstelling van zaken ertoe kan leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt.

- Datum
- Naam Verzekerde
- Handtekening Verzekerde

Sectie E - Machtiging tot het verstrekken van inlichtingen (door u te ondertekenen)

Ondergetekende machtigt de medisch adviseur van de administrateur informatie bij behandelend artsen in te winnen over de ziekte of het ongeval, die deze noodzakelijk acht ter beoordeling van de schadevordering. Ondergetekende heeft er geen bezwaar tegen dat een door de administrateur aangewezen medicus met een medisch onderzoek wordt belast en zal alle medewerking daaraan verlenen.

Het is ondergetekende bekend, dat de verstrekte informatie door gemachtigden en/of de uitslag van een medische rapportage afwijzing van de schadevordering tot gevolg kan hebben.

Datum

Naam Verzekerde

Handtekening Verzekerde

Sectie F - Verklaring Arts

(in te vullen door uw behandelend arts. Eventuele hieraan verbonden kosten zijn voor uw rekening)

1. Naam patiënt m v

2. Geboortedatum patiënt

3. Omschrijving ziekte / ongeval van de patiënt

4. Wanneer werd het huidige ziektebeeld voor eerst vastgesteld?

5a. Op welke datum is de patiënt in het ziekenhuis opgenomen?

→ 5b. Wanneer wordt, of verwacht u dat de patiënt uit het ziekenhuis wordt ontslagen?

6. Is de arbeidsongeschiktheid te wijten aan (s.v.p. aankruisen):

- zelfverwonding
- misbruik van alcohol, dan wel verdovende middelen
- zwangerschap, bevalling, miskraam, abortus
- HIV en gerelateerde ziektes, incl. AIDS
- geen van de hierboven genoemde gevallen

7. Hiermee bevestig ik dat de patiënt ten gevolge van zijn/haar ziekte/ongeval onder medische behandeling is (of was) en hiervoor is (of was) opgenomen in een ziekenhuis.

Datum

Naam Arts

Adres

Handtekening + stempel Arts

Sectie G - Wat nu?

1. Controleer of alle vragen (sectie A t/m F) zijn ingevuld.
2. Controleer of de verklaring van de arts is ingevuld en ondertekend.
3. Controleer of alle kopieën zijn bijgesloten van de volgende documenten/bewijsstukken:
 - 'bewijs van opname' (wordt verstrekt door de patiëntenadministratie van het ziekenhuis)
 - bij Krediet Protector: recent afschrift van de lening
 - bij woonlastenverzekering: bankafschrift waaruit de hypotheeklasten blijken
4. Dit schadeformulier dient binnen 30 dagen na de schadedatum te worden geretourneerd aan:

Clare | Claims en Regres BV
T.a.v. Jubilee Schade
Postbus 23212
3001 KE Rotterdam

U kunt het formulier + bijlagen ook inscannen en mailen naar jubilee-schade@clare.nl