

SCHADE-AANGIFTEFORMULIER ONGEVALLLENVERZEKERING

Verplichting bij een ongeval:

In geval van overlijden dient hiervan uiterlijk binnen 48 uren na het ongeval telefonisch (+ 31 (0) 45 5782981) of per mail (private.insurances@dsm.com) aangifte te worden gedaan bij DSM Assurantiën.

Bij een kans op blijvende invaliditeit dient hiervan uiterlijk binnen 3 maanden na het ongeval schriftelijk melding te worden gedaan.

Contractnummer : 516.333
Polisnummer : (persoonlijke ongevallen)

1 Gegevens werkgever

Naam werkgever : DSM N.V., dochterondernemingen en aan DSM gelieerde bedrijven

2 Persoonlijke gegevens

Naam en voornamen van verzekerde :
Adres :
Postcode en woonplaats :
Geboortedatum : [] man [] vrouw
Beroep :
Business Unit c.q. Afdeling :
Telefoonnummer : privé werk
E-mailadres :

3 Gebeuren

Waar vond het ongeval plaats? :
(volledig adres)
Wanneer vond het ongeval plaats? : datum tijdstip
Binnen welke gemeente ? :

4 Toelichting

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

.....
.....
.....

5 Afloop

Aard van het letsel :
.....
Doodsoorzaak :

6 Betrokken voertuig (indien van toepassing)

Merk auto/motor/bromfiets : kenteken
Merk fiets :

7 Vragen m.b.t. het voertuig

Plaats in of op het voertuig : voorin achterin voorop achterop
Bestuurder : ja nee
Gordelgebruik ten tijde van het ongeval : ja nee n.v.t.
Helmdragend ten tijde van het ongeval : ja nee n.v.t.

8 Politie en/of bedrijfsbeveiliging

Werd er proces-verbaal opgemaakt? : ja nee
Zo ja, door welke verbalisant en door :
welk bureau?
Werd er een rapport door de bedrijfs-
beveiliging opgemaakt? : ja nee n.v.t.

9 Getuigen

Namen en adressen van eventuele getuigen
.....
.....

10 Gebruik medisch adviseur

Naam, adres, woonplaats, telefoonnummer
van huisarts :
.....
van specialist(en) :
.....

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

Staat betrokkene nog onder geregelde
geneeskundige behandeling? : ja nee
Duur van de behandeling (geschat)? :
Op welke datum heeft betrokkene de werk-
zaamheden gestaakt? :

11 Algemeen

Welke mededeling kunt u nog doen, die voor de
beoordeling van dit ongeval van belang kan zijn?:
Is het ongeval te wijten aan schuld van derden? : ja nee
Zo ja, wie acht u schuldig? :
Is betrokkene nog bij een andere maatschappij
verzekerd tegen ongevallen? : ja nee
Is er een auto-inzittende polis? : ja nee
Zo ja, bij welke maatschappij? :
Hoe is de schade bij die instelling bekend? : Polisnummer Schadenummer

Ondergetekende verklaart:

- vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt geen bijzonderheden met betrekking tot het voorval te hebben verzwegen;
- dit aangifteformulier en de eventueel nader te overleggen gegevens aan de verzekeraars te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de hoogte en het recht op uitkering;
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

Aldus naar waarheid ingevuld, d.d.

handtekening verzekeringnemer/verzekerde:

TOELICHTING

Persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering en/of dekking; bij wijziging daarvan en bij schade worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door DSM Assurantiën verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten en marketingactiviteiten, ter voorkoming en bestrijding van fraude jegens financiële instellingen, voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan de wettelijke verplichtingen. In verband met het uitvoeren van een verantwoord acceptatie- en schaderegelingsbeleid zullen wij of de verzekeraar persoonsgegevens bij de Stichting CIS te Den Haag raadplegen en daar in geval van een gemelde schade laten opnemen. Hiervoor geldt het privacy-regelement van de Stichting CIS. Zie ook: www.stichtingcis.nl.

DSM Insurances BV, hierna: "DSM Assurantiën" verwerkt uw persoonsgegevens voor het realiseren van verzekeringsovereenkomsten, ter voorkoming van fraude en om te voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op de verwerking van uw gegevens is het privacy statement van DSM Assurantiën van toepassing. U vindt dit privacy statement op www.dsm.nl/verzekeringen. Omdat DSM Assurantiën de gevolmachtigde is van W.A. Hienfeld B.V., verwerkt W.A. Hienfeld B.V. uw persoonsgegevens voor het op dit formulier genoemde verzekeringsproduct. Op deze verwerking is het privacy statement van W.A. Hienfeld B.V. van toepassing. Dit vindt u op www.hienfeld.nl/privacy-statement Beide partijen zijn zelfstandig verwerkersverantwoordelijke zoals bedoeld in de Algemene Verordening Gegevensbescherming.
