



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 - Personalialia

Polisnummer:

m v

1. Naam	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
2. Voorna(a)m(en)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
3. Adres	Straat	
	Postcode en Plaats	
4. Telefoon	Thuis	Werk
5. E-mailadres	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
6. Geboortedatum	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
7. Bankgegevens	IBAN	BIC
8. Burgerservicenummer	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
9. NAW-gegevens van uw huisarts	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Sectie B - Werkzaamheden

1. Beroep	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> loondienst	<input type="checkbox"/> zelfstandig
2. Sinds	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
3. Omschrijving werkzaamheden	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
4. Bedrijfsnaam Werkgever	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
5. Adres	Straat			
	Postcode en Plaats			
6. Telefoonnummer	<input style="width: 100%;" type="text"/>			

Sectie C - Gegevens over uw ziekte / ongeval

1. Omschrijving ziekte / ongeval	<input style="width: 100%;" type="text"/>
2. Op welke datum begon uw ziekte / vond het ongeval plaats?	<input style="width: 100%;" type="text"/>
3. Op welke datum hebt u zich voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld?	<input style="width: 100%;" type="text"/>
4. NAW-gegevens ziekenhuis	<input style="width: 100%;" type="text"/>
5. In geval van ziekte, hebt u eerder aan deze klachten geleden?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, van <input style="width: 50px;" type="text"/> tot <input style="width: 50px;" type="text"/>
6. Hebt u eerder een schade-uitkering onder deze verzekering ontvangen? Indien ja, graag schadenummer vermelden.	<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	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Naam Verzekerde	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Handtekening Verzekerde	<input style="width: 100%;" type="text"/>



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		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> 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):

<input type="checkbox"/>	zelfverwonding
<input type="checkbox"/>	misbruik van alcohol, dan wel verdoovende middelen
<input type="checkbox"/>	zwangerschap, bevalling, miskraam, abortus
<input type="checkbox"/>	HIV en gerelateerde ziektes, incl. AIDS
<input type="checkbox"/>	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:

Sedgwick TPA
T.a.v. Jubilee Schade
Postbus 23212
3001 KE Rotterdam

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