

**Schadeformulier
Werkgeversverzekeringen**

Schadekantoor.nl

Hamelbergstraat 7
6611 KM Overasselt

T 024- 3976787
F 024- 6222171

E: info@schadekantoor.nl
I: www.schadekantoor.nl

Contactgegevens Schadekantoor.nl dossiernummer: _____ relatie nr: _____

Gegevens werkgever

	naam
	adres
	plaats
	contactpersoon

Gegevens werknemer resp. ondergeschikte

Persoonlijke informatie	naam & voornamen	M / V *
	adres	
	postcode & woonplaats	
	geboortedatum	
	personeelsnummer	
	burgerservicenummer	
	telefoon	
	mobiel nummer	
	e-mail	
	IBAN rekeningnummer	
	burgerlijke status	
	gezinssamenstelling	
	leeftijd kinderen	

thuiswonend: Nee Ja

Aard dienstverband (graag aankruisen wat van toepassing is)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> loondienst | <input type="checkbox"/> uitzendkracht |
| <input type="checkbox"/> zzp / freelance | <input type="checkbox"/> vrijwilliger |
| <input type="checkbox"/> anders: | |

Verzekeringsvorm (indien bekend, graag aankruisen welke verzekering van toepassing is)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Collectieve ongevallenverzekering | <input type="checkbox"/> WEGAM |
| <input type="checkbox"/> Ongevallen inzittenden verzekering | <input type="checkbox"/> WEGAS |
| <input type="checkbox"/> Schade inzittenden verzekering | <input type="checkbox"/> Aansprakelijkheidsverzekering bedrijven (AVB) |
| <input type="checkbox"/> Persoonlijke ongevallen verzekering | <input type="checkbox"/> Wet aansprakelijkheid motorrijtuigen (WAM) |
| <input type="checkbox"/> Persoonlijke eigendommen verzekering | <input type="checkbox"/> Goed werkgeverschap verzekering |
| <input type="checkbox"/> Eigen vervoersdekking | <input type="checkbox"/> anders: |

Aansprakelijkheid

Op grond waarvan is uw werkgever resp. opdrachtgever aansprakelijk?

- artikel 7:658 BW – verzuim zorg / instructieplicht / onveilige werkomgeving / onveilig gereedschap
- artikel 7:611 BW – verzuim goed werkgeverschap
- (bedrijfs)ongeval
- aanrijding met/door een motorrijtuig
- overbelasting waaronder rsi / cans / ops / longziekten / psychisch letsel
- asbest
- anders:

Loon gerelateerde gegevens

beroep _____
salaris _____ bruto = netto _____ per: week 4 weken maand

bent u als gevolg van dit ongeval arbeidsongeschikt: Nee Ja

van _____ tot _____ voor _____ %
van _____ tot _____ voor _____ %
van _____ tot _____ voor _____ %

welke soort arbeidsovereenkomst heeft u? 0-uren contract tijdelijk contract voor onbepaalde tijd

betaalt werkgever het loon bij ziekte door Nee Ja, hoeveel procent: _____ % 1^e jaar
hoeveel procent: _____ % 2^e jaar

heeft u een arbeidsongeschiktheidsverzekering Nee Ja, maatschappij: _____
polisnummer: _____

welke bedrag keert de arbeidsongeschiktheidsverzekering uit _____ per: week 4 weken maand

ontvangt u een sociale uitkering: Nee Ja

zo ja, welke soort uitkering ontvangt u _____
bedrag _____ per: week 4 weken maand

Eigen verzekeringen

naam van uw zorgverzekeraar _____ polisnummer _____

wat is het eigen risico op uw polis _____

werd dit eigen risico al op eerder medische zorg in mindering gebracht? Nee Ja, namelijk: _____

heeft u een ongevallenverzekering Nee Ja, maatschappij: _____
polisnummer _____

(graag een kopie polis bladen meesturen)

Medische informatie

huisarts: naam _____
adres _____
postcode / plaats _____

heeft u uw huisarts bezocht naar aanleiding van dit ongeval: Nee Ja, datum _____

Ziekenhuisopname

is er sprake geweest van ziekenhuisverblijf als gevolg van het ongeval Nee Ja

zo ja, van _____ tot _____ (= _____ dagen ziekenhuis opname)
naam ziekenhuis _____ te _____

indien u voor de gevolgen van dit ongeval nog door andere artsen of therapeuten bent gezien en/of behandeld, wilt u dit hieronder opgeven.

naam arts _____ naam arts _____
specialisme _____ specialisme _____
adres _____ adres _____
postcode/plaats _____ postcode/plaats _____

naam arts _____ naam arts _____
specialisme _____ specialisme _____
adres _____ adres _____
postcode/plaats _____ postcode/plaats _____

naam arts _____ naam arts _____
specialisme _____ specialisme _____
adres _____ adres _____
postcode/plaats _____ postcode/plaats _____

Letsel

omschrijf de letsel klachten

Beperkingen

welke beperkingen heeft u als gevolg van de gebeurtenis

Waaruit bestaat uw schadeclaim?

gegevens van eventuele beschadigde goederen
(a.u.b. aankoop / reparatienota's bijvoegen)

Materiele schade

omschrijving (soort+merk+type)	aankoopdatum	aankoopbedrag	nieuwwaarde	herstelkosten

Bij ruimtegebrek eventueel op een aparte bijlage te vermelden, met opgave van bovengenoemde benodigde informatie.

Overige

ruimte voor overige informatie die van belang is:

Aldus naar waarheid ingevuld,

Plaats: _____ **Datum:** _____ **Handtekening:** _____