

Tandongevallenverzekering

Schadeaangifteformulier

Contact: services@ixorg.nl Tel:088 - 765 4097

Belangrijk:

- Vul alle van toepassing zijnde vragen zo volledig mogelijk in, dit voorkomt vertraging in de schadebehandeling.
- Bij voorkeur ontvangen wij uw aangifte met stukken per email. Bewaart u de originelen wel. U kunt worden gevraagd deze ter controle te tonen of in te zenden. Het is ook mogelijk aangifte per post te sturen.
- Stuur eventuele verklaringen, aktes en andere bewijsstukken altijd direct mee.
- Vul het formulier duidelijk leesbaar, in blokletters, in.
- Zorg ervoor dat u na invulling het formulier ook ondertekent. Ongetekende formulieren worden niet in behandeling genomen.

NB: Altijd bijgaande tandartsverklaring laten invullen door de behandelend tandarts.

A. Polisnummer:

Verzekeringnemer :

Verzekerde: (welke schade heeft geleden)

Naam en voorletter(s):

Adres:

Woonplaats:

Geboortedatum:

/ /

Telefoonnummer

Privé:

Mobiel:

Email Adres:

Bankgegevens

Schadebedrag overmaken aan:

Verzekerde

Belanghebbende

Bankrekeningnummer/ IBAN:

Naam en plaats bank:

C. Gegevens omtrent letsel

C1 Beschrijving letsel:

C2 Datum ontstaan letsel (dd-mm-jjjj) / /

C3 Bestaat er kans op blijvende gevolgen? Ja Nee

C4 Heeft verzekerde reeds eerder aan dezelfde klachten geleden? Ja Nee

Zo ja, wanneer:

Hoe lang:

C5 Wordt het verloop van de huidige letsels beïnvloed door een eerder bestaande toestand/gebrek? Ja Nee

Beschrijf de toestand/gebrek:

C6 Naam tandarts:

Adres en Woonplaats:

Telefoonnummer:

C7 Naam behandelend tandarts:

Adres en Woonplaats:

Telefoonnummer:

C8 Datum eerste tandheelkundige behandeling zelfde klachten:

Naam tandartspraktijk:

Naam behandelend tandarts:

Adres en Plaats:

Telefoonnummer:

C9 Huidig verblijf verzekerde: Thuis Ziekenhuis Familie Elders

Verblijfadres:

Plaats:

Telefoonnummer:

C10 Kan verzekerde op het spreekuur van een tandarts komen? Ja Nee

D. Algemeen

D1 Naam zorgverzekeraar:

Heeft u de nota gedclareerd bij uw zorgverzekeraar?

Ja Nee

Is de nota gedeclareerd is bij uw zorgverzekeraar dan ontvangen wij graag een kopie van de afgehandelde declaratie

D1 Is er ter zake van dit voorval nog iets van belang mede te delen?

Ja Nee

Zo ja, hier vermelden:

E. Toestemming verwerking persoonsgegevens

Wij zullen uw claim zorgvuldig beoordelen, en ook zullen wij, zoals gebruikelijk is in de markt, monitoren op frauduleuze claims. Om uw claim op zijn merites te kunnen beoordelen moeten wij mogelijk uw gezondheidsgegevens en die van andere bij de claim betrokken personen gebruiken. U dient zich ervan te vergewissen dat alle betrokken personen van wie u gezondheidsgegevens aan ons verstrekt dit gebruik van hun gegevens begrijpen en er geen bezwaar tegen hebben, en dat zij (voor zover vereist onder het toepasselijke recht) ermee instemmen dat wij hun gegevens voor het hier omschreven doel gebruiken.

Wij zullen uw gezondheidsgegevens niet gebruiken voor enig ander doel, en zullen te allen tijde de voorwaarden (met inbegrip van beveiligingsstandaarden) genoemd in ons Privacybeleid naleven. U bent niet verplicht om uw toestemming te verlenen, en u mag gegeven toestemming op elk moment intrekken. Indien u echter toestemming weigert of deze later intrekt, dan kan dit effect hebben op onze mogelijkheden om uw claim in behandeling te nemen. Wij verzoeken u het volgende vakje aan te vinken als bewijs van uw toestemming dat wij uw gezondheidsgegevens gebruiken zoals hiervoor omschreven.

Ja

Ondergetekende verklaart

- hiervoor vermelde vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben verstrekt, en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen;
- dit schadeaangifteformulier en de eventueel aanvullende gegevens aan de verzekeraar 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.

Datum

Plaats

Handtekening

Bijgevoegd (kruis aan wat is bijgevoegd)

Proces verbaal

Situatieschets ongeval

Dokters- / tandartsverklaring

Aanvullende documentatie

Kopie declaratie

Kopie polisblad

zorgverzekeraar Nota

zorgverzekering

tandarts

Chubb. Insured.SM

Wij maken gebruik van door u aan ons verstrekte persoonsgegevens voor de acceptatie, de polisadministratie, het schadebeheer en andere verzekeringsdoeleinden, zoals nader omschreven in ons Algemeen Privacybeleid, dat u hier <https://www2.chubb.com/benelux-nl/footer/privacy-policy.aspx> kunt inzien of door te zoeken op 'algemeen privacybeleid' op de website www2.chubb.com/benelux-nl. U kunt ons altijd vragen om een papieren versie van het Privacybeleid, door te mailen naar dataprotectionoffice.europe@chubb.com.

Chubb European Group SE is een onderneming die valt onder de Franse Wet op de Verzekeringen (Code des Assurances) met registratienummer 450 327 374 RCS Nanterre. Statutaire zetel: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Frankrijk. Chubb European Group SE heeft een volledig volgestort maatschappelijk kapitaal van €896.176.662 en valt onder het toezicht van de 'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution' (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09. Chubb European Group SE, Nederlands bijkantoor, Marten Meesweg 8-10, 3068 AV Rotterdam, is ingeschreven bij KvK Rotterdam onder nummer 24353249. In Nederland valt zij tevens onder het gedragstoezicht van de Autoriteit Financiële Markten (AFM).

Tandartsverklaring – In te vullen door behandelende tandarts

T1 Gegevens patiënt

Naam en voorletter(s):

Geboortedatum:

Geslacht:

Man Vrouw

T2 Gegevens tandarts

Naam en voorletter(s):

Adres en plaats en telefoonnummer:

T3 Gegevens Ongeval

Diagnose en aanleiding behandeling:

Is de schade aan het gebit ontstaan door een ongeval?

Ja Nee

T4 Gegevens Behandeling

Data behandelperiode:

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

Welke gebitselementen zijn behandeld?

T5 Werd de patiënt eerder door een andere arts behandeld voor de huidige aandoening?

Ja Nee

Zo ja, behandelperiode:

Naam en voorletter(s) arts:

Adres en telefoonnummer:

T6 Wordt het verloop van de huidige letsels beïnvloed door een eerder bestaande toestand/gebrek?

Ja Nee

Beschrijf de toestand/gebrek:

T7 Zal de patiënt volgens prognose volledig genezen van de aandoening?

Ja Nee

T8 Opmerkingen:

Datum

Plaats

Handtekening Arts

Chubb. Insured.SM

Wij maken gebruik van door u aan ons verstrekte persoonsgegevens voor de acceptatie, de polisadministratie, het schadebeheer en andere verzekeringsdoeleinden, zoals nader omschreven in ons Algemeen Privacybeleid, dat u hier <https://www2.chubb.com/benelux-nl/footer/privacy-policy.aspx> kunt inzien of door te zoeken op 'algemeen privacybeleid' op de website www2.chubb.com/benelux-nl. U kunt ons altijd vragen om een papieren versie van het Privacybeleid, door te mailen naar dataprotectionoffice.europe@chubb.com.

Chubb European Group SE is een onderneming die valt onder de Franse Wet op de Verzekeringen (Code des Assurances) met registratienummer 450 327 374 RCS Nanterre. Statutaire zetel: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Frankrijk. Chubb European Group SE heeft een volledig volgestort maatschappelijk kapitaal van €896.176.662 en valt onder het toezicht van de 'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution' (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09. Chubb European Group SE, Nederlands bijkantoor, Marten Meesweg 8-10, 3068 AV Rotterdam, is ingeschreven bij KvK Rotterdam onder nummer 24353249. In Nederland valt zij tevens onder het gedragstoezicht van de Autoriteit Financiële Markten (AFM).