

MELDINGSFORMULIER OVERLIJDEN

Voor u dit formulier invult vragen wij u eerst onderstaande aanwijzingen door te lezen. U kunt informatie over de claim- en de uitkeringsprocedure vinden op onze website www.waardverzekeringen.nl.

1. Om de claim in behandeling te kunnen nemen hebben wij tenminste de volgende gegevens nodig:
 - originele polis;
 - originele akte van overlijden of een gewaarmerkt afschrift hiervan**;
 - dit volledig ingevulde en ondertekende meldingsformulier overlijden.

** Een gewaarmerkt afschrift, of een gewaarmerkte kopie, is een verklaring dat het afschrift of de kopie van een document gelijk is aan het origineel. U kunt uw documenten laten waarmerken bij de gemeente waar u staat ingeschreven of bij een notaris. U moet het originele document meenemen, waarna de kopie wordt voorzien van de bijbehorende handtekening en stempel(s).

2. De persoonsgegevens die u op dit formulier invult en meestuurt hebben wij nodig om te beoordelen of er recht bestaat op een uitkering. Wij gaan hier zorgvuldig mee om. Deze persoonsgegevens worden door ons verwerkt voor het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en het beheren daarvan. Deze gegevens worden ook gebruikt ter bestrijding en voorkoming van fraude. De verwerking van uw persoonsgegevens is vastgelegd in een register onder toezicht van onze Functionaris Gegevensbescherming. Ons privacybeleid kunt u vinden op onze website www.waardverzekeringen.nl.
3. Voor alle medische gegevens geldt dat zij worden beheerd door de medisch adviseur. De medische gegevens die voor de behandeling van deze claim van belang en noodzakelijk zijn, worden alleen gezien door de leden van de medische dienst.

U kunt dit meldingsformulier met bijlagen zenden aan:

Waard Verzekeringen

Postbus 68

T.a.v. de medische dienst

1687 ZH WOGNUM

ALGEMENE GEGEVENS VAN VERZEKERDE

Naam		Voorletters	
Straat		Huisnummer	
Postcode		Plaats	
Geboortedatum	-	-	(dd-mm-jjjj)
Overlijdensdatum	-	-	(dd-mm-jjjj)
Geslacht	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw		
Contractnummer lening			
Financieringsmaatschappij			
Polisnummer			
Ingangsdatum verzekering	-	-	(dd-mm-jjjj)
Rookte de verzekerde?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Zo ja, sinds wanneer	-	-	(dd-mm-jjjj)

GEGEVENS NABESTAANDE(N)

Naam		Voorletters	
Straat		Huisnummer	
Postcode		Plaats	
Telefoonnummer		E-mailadres	

man, zijnde echtgeno(o)t(e) van verzekerde/geregistreeerde partner
 vrouw, zijnde gemachtigde namens de wettige erven (*originele machtiging meesturen*)
 in polis genoemde begunstigde
 kind
 niet geregistreeerde partner
 anders nl. (bewijs meesturen)

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat ik alles naar waarheid heb ingevuld en dat ik weet dat als ik zaken niet naar waarheid heb ingevuld of bewust heb verzwegen dit kan betekenen dat de verzekering niet tot uitkering komt. Dit staat ook vermeld in de verzekeringsvoorwaarden die horen bij deze verzekering.

Plaats		Datum	-	-	(dd-mm-jjjj)
Naam		Handtekening			

MEDISCHE VERKLARING

Gegevens verzekerde

Naam	<input type="text"/>	Voorletters	<input type="text"/>
Straat	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Plaats	<input type="text"/>

OORZAAK VAN OVERLIJDEN

Is er onderzoek gedaan naar de oorzaak van overlijden? Ja Nee

Wat is de oorzaak van overlijden?

Datum begin van de klachten - - (dd-mm-jjjj)

Wanneer is voor het eerst een arts hiervoor geraadpleegd?

 - - (dd-mm-jjjj)

Welke arts? (naam arts en specialisme)

Is er een diagnose gesteld? Ja Nee

Zo ja, welke?

Waaruit bestond de behandeling?

Medicijngebruik naar aanleiding van genoemde ziekte(n)

(naam en dosering vermelden)

Heeft de verzekerde aan andere ziektes/aandoeningen geleden? Ja Nee

Zo ja, welke?

Sinds wanneer? - - t/m - -

Was deze ziekte ook de oorzaak van het overlijden?

Ja Nee

ONGEVAL

Wanneer vond het ongeval plaats?

Datum en tijdstip - - (dd-mm-jjjj) uur

Waar vond het ongeval plaats?

Omschrijving en toedracht van het ongeval

Machtiging uitwisseling gegevens bij verzekeringen van verschillende verzekeraars

Hierbij geef ik toestemming aan de medisch adviseur van Waard Verzekeringen om de gegevens die worden verstrekt voor de afhandeling van deze claim te gebruiken voor de afhandeling van alle bij Waard Verzekeringen in behandeling zijnde claims van de volgende verzekeraars:

Waard Leven N.V., Waard Schade N.V., BNP Paribas Cardif Levensverzekeringen N.V., BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., SNS Reaal Levensverzekeringen N.V., The Warranty Group (TWG), Combined Life Assurance Ltd.

Let op: U kunt deze toestemming op elk moment weer intrekken, maar dat kan tot gevolg hebben dat wij niet al uw claims kunnen afhandelen.

Plaats Datum - - (dd-mm-jjjj)

Naam Handtekening