

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:
 - Kopie uittreksel uit de overlijdensakte.
 - Dit volledig ingevulde en ondertekende meldingsformulier overlijden.
 - Kopie geldig legitimatiebewijs van degene die het formulier invult. Graag uw foto en het BSN afschermen. Wij mogen deze gegevens niet verwerken.
 - Kopie bankafschrift van de wettige erfgenamen.
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.
4. Ter voorkoming van verzekeringsfraude wordt uw claim door de verzekeraar aangemeld bij Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS).

Vragen?

Heeft u vragen over dit formulier? Neem dan gerust contact met ons op. Wij zijn bereikbaar per e-mail claim@waardverzekeringen.nl of tijdens kantooruren op telefoonnummer 088 - 374 10 00. Of kijk op www.waardverzekeringen.nl voor het antwoord op veelgestelde vragen.

U kunt dit meldingsformulier met bijlagen zenden aan:

Mail: medischedienst@waardverzekeringen.nl

Post: 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		
Heeft verzekerde gerookt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Zo ja, sinds wanneer	-	-	(dd-mm-jjjj)

Indien bekend/van toepassing:

Polisnummer	
Contractnummer lening	
Financieringsmaatschappij	
Ingangsdatum verzekering	(dd-mm-jjjj)

Gegevens nabestaande(n)

Naam		Voorletters	
Straat		Huisnummer	
Postcode		Plaats	
Telefoonnummer		E-mailadres	

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> man, zijnde | <input type="checkbox"/> echtgeno(o)t(e) van verzekerde/geregistreerde partner |
| <input type="checkbox"/> vrouw, zijnde | <input type="checkbox"/> gemachtigde namens de wettige erven (<i>originele machtiging meesturen</i>) |
| | <input type="checkbox"/> in polis genoemde begunstigde |
| | <input type="checkbox"/> kind |
| | <input type="checkbox"/> niet geregistreerde partner |
| | <input type="checkbox"/> anders nl. <input type="text"/> (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		Voorletters	
Straat		Huisnummer	
Postcode		Plaats	

Medische vragenlijst

Is er sprake van een natuurlijk of niet-natuurlijke dood?

Wat is de vermoedelijke oorzaak van het overlijden?

Is er onderzoek gedaan naar de oorzaak van het overlijden? Zo ja, wat is de uitkomst hiervan?

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

Is er een arts geraadpleegd? Zo ja, wanneer? Zo nee, waarom niet?

 - - (dd-mm-jjjj)

Welke diagnose is er gesteld?

Heeft er een behandeling plaatsgevonden? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?

Was verzekerde naast de oorzaak van overlijden bekend met (andere)

ziektes/aandoeningen? Ja Nee

Zo ja, welke?

Sinds wanneer? - - t/m - -

Was deze ziekte ook de oorzaak van het overlijden? Ja Nee

Ongeval

Was er sprake van een ongeval? Zo ja, 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

Hierbij geef ik toestemming aan de medisch adviseur van Waard Verzekeringen en Meditel om de gegevens die op dit formulier worden verstrekt te gebruiken voor de afhandeling van de bij Waard Verzekeringen in behandeling zijnde claim(s) van de volgende verzekerders:

Waard Leven N.V., Waard Schade N.V., BNP Paribas Cardif Levensverzekeringen, BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen, 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 uw claim(s) niet kunnen afhandelen.

Plaats Datum - - (dd-mm-jjjj)

Naam Handtekening