

Hoofdkantoor: Noorderkerkstraat 5-7 • Postbus 1845 • Paramaribo, Suriname • Tel (+597)471541 • Fax (+597)410067

Filiaal Kwatta: Kwattaweg 405 • Paramaribo, Suriname • Tel (+597)465755 • Fax (+597)530801

Filiaal Commewijne: Oost-West verbinding 51 • Meerzorg, Suriname • Tel (+597)354356 • Fax (+597)354404

Filiaal Nickerie: Landingsstraat 14 • Nieuw Nickerie, Suriname • Tel (+597)231537 • Fax (+597)232031

SCHADEFORMULIER SOR (SURINAAMSE ONGEVALLLEN REGELING)

Aangifte van een ongeval of beroepsziekte door de werkgever te doen ingevolge artikel 11, 2e lid van de Ongevallenregeling 1947.

Dit formulier **binnen 2 maal 24 uur** na het ongeval, volledig ingevuld en ondertekend in te dienen.

Schadenummer: Polisnummer:

1. GEGEVENS VAN DE GETROFFENE

Naam en voornamen (voluit): Geslacht: M / V*

Geboortedatum: Nationaliteit:

Burgerlijke staat: Beroep of functie:

Adres: Woonplaats:

Telefoon: Mobielnr.:

E-mail adres:

Aantal wettige kinderen onder de 15 jaar?

2. GEGEVENS VAN DE WERKGEVER

Bedrijfsnaam: Telefoon:

Adres: Vestigingsplaats:

E-mail adres:

Naam, voornaam en functie aangeven binnen het bedrijf:

3. GEGEVENS VAN HET ONGEVAL

Dag: Datum: Tijd:

Plaats van het ongeval nauwkeurig beschrijven (met opgave van locatie, straat en huisnummer):

Oorzaak en toedracht van het ongeval nauwkeurig beschrijven. Voor een juiste voorstelling van de toedracht vermelden welke werkzaamheden de getroffene bezig was en of het ongeval wellicht te wijten was aan opzet, grove schuld, dronkenschap, spelen, stoeien en/ of vechten.

Politieaangifte: Is er aangifte gedaan bij de politie Nee Ja, van welk bureau:

Naam, voornaam en adres van de 1e ooggetuige: Telefoon:

Naam, voornaam en adres van de 2e ooggetuige: Telefoon:

4. GEGEVENS VAN DE BEROEPSZIEKTE

Dag, datum en uur waarop de beroepsziekte zich heeft geopenbaard

Op welke plaats werden de werkzaamheden, die aanleiding gaven tot het ontstaan van de beroepsziekte gewoonlijk verricht?

5. GEGEVENS INZAKE HET LOON

Hoeveel bedroeg het tussen de werkgever en de getroffene overeengekomen loon per uur, per dag, per week of per maand? (ten aanzien van volontairs, leerlingen en dergelijke personen wordt als loon aangenomen het minimumloon dat een bezoldigde arbeider in hetzelfde bedrijf voor dezelfde of nagenoeg dezelfde werkzaamheden geniet)

Hoeveel bedraagt het verzekerde loon?

Geldt binnen het bedrijf een 5- of 6 daagse werkweek?

Indien de getroffene slechts met tussenpozen werkzaam was, wanneer werkte hij dan gewoonlijk?

6. ALGEMENE INLICHTINGEN

Dag, datum en uur waarop de verzekerde getroffene zijn arbeid tengevolge van het ongeval/ de beroepsziekte heeft gestaakt:

Heeft de getroffene het werk inmiddels hervat? Zo ja, op welke dag en datum?

Indien de getroffene heeft doorgewerkt of het werk weer heeft hervat, verricht hij dan zijn werk ten volle of voor een gedeelte (event. welk gedeelte)?

Verdere mededelingen welke de aangever mocht willen doen.

De werkgever verklaart hierbij het formulier overeenkomstig de waarheid naar beste weten te hebben ingevuld te

d.d.

Handtekening werkgever
(of diens vertegenwoordiger)

Hoofdkantoor: Noorderkerkstraat 5-7 • Postbus 1845 • Paramaribo, Suriname • Tel (+597)471541 • Fax (+597)410067

Bijkantoor Kwatta: Kwattaweg 405 • Paramaribo, Suriname • Tel (+597)465755 • Fax (+597)530801

Bijkantoor Commewijne: Oost-West verbinding 51 • Meerzorg, Suriname • Tel (+597)354356 • Fax (+597)354404

Bijkantoor Nickerie: Landingsstraat 14 • Nieuw Nickerie, Suriname • Tel (+597)231537 • Fax (+597)232031

SCHADEFORMULIER SOR (SURINAAMSE ONGEVALLLEN REGELING)

In te vullen door de geneeskundige die de eerste hulp heeft verleend (conform artikel 11 sub 3 van de Ongevallenregeling 1947)

Schadenummer: _____

Polisnummer: _____

1. Naam, voornaam, adres en telefoonnummer van de geneeskundige:

2. Naam, voornaam en woonplaats van de getroffen(e) patiënt:

3. Op welke datum en op welk uur is de geneeskundige behandeling aangevangen?

4. Wordt de getroffen(e):
 - a. als lopend patiënt behandeld? _____
 - b. thuis verpleegd? _____
 - c. in een ziekenhuis verpleegd en zo ja, in welk? _____
5. Heeft het ongeval/ de beroepsziekte de dood tengevolge gehad?

6. Zal het ongeval/ de beroepsziekte vermoedelijk de dood tengevolge hebben?

7. Wat is de aard:
 - a. van het letsel en welk lichaamsdeel werd getroffen? (anatomisch nauwkeurig aangeven)

 - b. van de beroepsziekte? _____
8. Is het letsel/ de beroepsziekte van ernstige aard? _____
9. Zal het letsel/ de beroepsziekte blijvende gevolgen hebben en zo ja, tot welk invaliditeitspercentage?

10. Wat is de graad van de arbeidsongeschiktheid? _____
11. Wat is de vermoedelijke duur van de arbeidsongeschiktheid? _____
12. Gaf het letsel/ de beroepsziekte uit medisch oogpunt reden om het werk terstond te staken? _____
13. Gaf het letsel/ de beroepsziekte uit medisch oogpunt reden om na enige tijd het werk terstond te staken en zo ja, wanneer dan?

14. Welke verdere mededelingen heeft de geneeskundige te doen (bijvoorbeeld in verband met opgegeven oorzaak van het ongeval/ de beroepsziekte, invloed van reeds bestaande lichamelijke afwijkingen etc.)?

De geneeskundige verklaart hierbij het formulier overeenkomstig de waarheid naar beste weten te hebben

ingevuld te _____ Handtekening geneeskundige die de eerste hulp verleende,
