

Met dit formulier kunt u aangeven of uw medische behandeling het gevolg is van een ongeval. Als dit het geval is kunnen wij op basis van dit formulier mogelijk de door ons vergoede medische kosten verhalen op een aansprakelijke tegenpartij.

Naam: _____ Datum behandeling: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Relatienummer: _____

Geboortedatum: _____

Vult u dit formulier zorgvuldig in. Ook wanneer u zelf (deels) aansprakelijk bent voor het ongeval, kunt u dit gerust melden. Dit heeft geen enkel gevolg voor uw zorgverzekering.

1 Hebt u een ongeval gehad?

- Ja, ik heb een ongeval gehad waarvoor een tegenpartij aansprakelijk is.
- Ja, ik heb een ongeval gehad maar ik ben zelf aansprakelijk.
(Let op: Dit heeft GEEN gevolgen voor de vergoedingen uit uw zorgverzekering.)
A.u.b. verdergaan bij vraag 2

- Nee, ik heb geen ongeval gehad.
U hoeft de rest van de vragen niet te beantwoorden. Onderteken a.u.b. het formulier en stuur het terug.

2 Waar en wanneer was het ongeval?

Datum: _____

Tijdstip: _____

Straat: _____

Plaats: _____

3 Informatie over het ongeval

- Verkeersongeval Mishandeling/geweld Sportongeval Bedrijfsongeval Ongeval met dieren
- Ander ongeval, namelijk: _____

Korte omschrijving van het ongeval: _____

(s.v.p. indien mogelijk een kopie van het aanrijdingsformulier, een situatieschets en/of foto's met betrekking tot het ongeval bijvoegen)

Wie is naar uw mening aansprakelijk voor het ongeval?

Naam: _____

Adres: _____ Postcode en woonplaats: _____

Bij welke maatschappij is de tegenpartij verzekerd voor wettelijke aansprakelijkheid (W.A.)?

Naam verzekeringsmaatschappij tegenpartij: _____

Polisnummer: _____

Schadenummer: _____

4 Waren er nog andere personen bij het ongeval betrokken?

- ja nee Zo ja, wie?

Naam: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

5 Eventuele getuigen van het ongeval

Getuige 1 <input type="radio"/> m <input type="radio"/> v	Getuige 2 <input type="radio"/> m <input type="radio"/> v
Naam: _____	_____
Adres: _____	_____
Woonplaats: _____	_____

6 Is een proces-verbaal of politierapport opgemaakt?

ja nee

Zo ja, nummer proces-verbaal _____

7 Werd u na het ongeval per ambulance vervoerd?

ja nee

8 Welk(e) letsel(s) hebt u door het ongeval opgelopen?

9 Van welke behandelingen hebt u als gevolg van het ongeval gebruikgemaakt?

10 Wijze waarop partijen bij het ongeval betrokken waren:

Uzelf

- Autobestuurder Motorbestuurder Inzittende/passagier
 Brom-/snorfietser Fietser Voetganger
 Anders, namelijk: _____

Bij gemotoriseerde voertuigen
Kenteken 1 _____

Tegenpartij

- Autobestuurder Motorbestuurder Inzittende/passagier
 Brom-/snorfietser Fietser Voetganger
 Anders, namelijk: _____

Kenteken 2 _____

11 Hebt u de tegenpartij aansprakelijk gesteld?

Hebt u de tegenpartij aansprakelijk gesteld? ja nee

Zo ja, krijgt u hierbij rechtshulp? ja nee

Zo ja, van wie? _____

Wat is het referentienummer? _____

Geeft u ons toestemming gegevens uit te wisselen met degene die u rechtshulp verleent? ja nee

Indien u geen rechtshulp krijgt, wenst u dan advies van onze Verhaalservice? ja nee

Indien u ja aankruist sturen wij een kopie van dit vragenformulier door naar onze Verhaalservice.

Indien ja, welk advocatenkantoor heeft uw voorkeur? _____

Een kopie van dit vragenformulier wordt doorgestuurd naar het advocatenkantoor. Indien u geen voorkeur opgeeft kiezen wij voor het dichtstbijzijnde advocatenkantoor t.o.v. uw woonplaats. Het advocatenkantoor neemt contact met u op voor een eerste adviesgesprek. Meer informatie over de verhaalservice of de aangesloten kantoren vindt u in de brochure Verhaalservice. Deze kunt u downloaden op www.nn.nl/Particulier/Zorg/Documenten/Aanvraag-en-declaratieformulieren.htm.

12 Op welk telefoonnummer/e-mailadres kunnen wij u eventueel bereiken?

Telefoon: _____

E-mail: _____

Ondertekening

Ondergetekende verklaart bovenstaande gegevens volledig en naar beste weten te hebben ingevuld en geeft hiermee toestemming om dit formulier eventueel te verstrekken aan de verzekeraar van de tegenpartij.

Handtekening verzekerde of diens gevolmachtigde: _____

Datum: _____