

Dossiernummer Datum behandeling Datum verzending

1 Gegevens verzekerde

Achternaam Man Vrouw
 Voorvoegsel(s) Voorletter(s)
 Straatnaam Huisnummer Toevoeging
 Postcode Plaatsnaam
 Geboortedatum Verzekerdennr.
 Telefoonnummer

2 Vragenlijst met betrekking tot het ongeval/voorval (► Onder 2.1 aankruisen wat van toepassing is en de daarbij behorende vragen beantwoorden)

2.1 Ten gevolge waarvan moest hij/zij een medische behandeling ondergaan?

- Ziekte, **niet** ten gevolge van een ongeval U kunt het formulier (onder rubriek 3) ondertekenen en retourneren.
 Verkeersongeval Vul vraag 2.2 t/m 2.6, 2.8, 2.10 t/m 3 in.
 Mishandeling/misdrijf Vul vraag 2.2, 2.3, 2.8, 2.10 t/m 3 in.
 Ongeval met dier Vul vraag 2.2, 2.3, 2.7, 2.8, 2.10 t/m 3 in.
 Bedrijfsongeval Vul vraag 2.2, 2.3, 2.9, 2.10 t/m 3 in.
 Sportongeval Vul vraag 2.2, 2.3, 2.8, 2.10 t/m 3 in.
 Ongeval binnenshuis Vul vraag 2.2, 2.3, 2.8, 2.10 t/m 3 in.
 Ongeval buitenshuis Vul vraag 2.2, 2.3, 2.8, 2.10 t/m 3 in.
 Anders, nl. Vul vraag 2.2, 2.3, 2.8, 2.10 t/m 3 in.

2.2 Wanneer vond het ongeval/voorval plaats? (24-uurstelsel hanteren)

Datum om uur

2.3 Waar gebeurde het ongeval/voorval?

Straatnaam Plaatsnaam
 Gemeente
 Bij bedrijfsongeval, graag de naam van het bedrijf vermelden

2.4 Hoe nam hij/zij deel aan het verkeer? Auto Motor Bromfiets

Fiets Voetganger Ander vervoermiddel, namelijk

2.4.1 Was hij/zij bestuurder of passagier? Bestuurder Passagier

2.4.2 Waren er meer passagiers? Ja, passagier(s) Nee

2.4.3 Droeg hij/zij een autogordel? Ja Nee Niet van toepassing

2.4.4 Droeg hij/zij een valhelm? Ja Nee Niet van toepassing

2.5 Wat is het kenteken/verzekeringsplaatnummer van het voertuig?

2.5.1 Wie was de bestuurder?

Achternaam Voorletter(s)
 Straatnaam Huisnummer Toevoeging
 Postcode Plaatsnaam

2.5.2 Waar is het voertuig of de bestuurd(st)er van de fiets of de voetganger verzekerd?

Naam verzekeraar
 Plaatsnaam
 Polisnummer Schadenummer

2.6 Op welke wijze nam **de tegenpartij** deel aan het verkeer? Auto Motor Bromfiets Fiets

Voetganger Ander vervoermiddel, namelijk

2.6.1 Wat is het kenteken/verzekeringsplaatnummer van het voertuig van **de tegenpartij**?

2.6.2 Wie was de bestuurder?

Achternaam Voorletter(s)
 Straatnaam Huisnummer Toevoeging
 Postcode Plaatsnaam

2.6.3 Waar is het voertuig of de bestuurd(st)er van de fiets of de voetganger verzekerd?

Naam verzekeraar
 Plaatsnaam
 Polisnummer Schadenummer

2.13.1 Zijn er ook getuigen van het ongeval/voorval? Ja (vermeld hieronder) Nee

1. Achternaam	<input type="text"/>	Voorletter(s)	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/> Toevoeging <input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Plaatsnaam	<input type="text"/>
2. Achternaam	<input type="text"/>	Voorletter(s)	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/> Toevoeging <input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Plaatsnaam	<input type="text"/>
3. Achternaam	<input type="text"/>	Voorletter(s)	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/> Toevoeging <input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Plaatsnaam	<input type="text"/>

2.14 Ruimte voor een situatieschets

3 Ondertekening

Ondergetekende verklaart alle vragen volledig en naar waarheid te hebben ingevuld. Hij/zij machtigt hierbij De Friesland Zorgverzekeraar bij artsen en betrokken instanties alle gewenste inlichtingen in te winnen over het ongeval/voorval en het daarbij opgelopen letsel. Indien u gebruik maakt van de diensten van een belangenbehartiger, machtigt u deze de gewenste en benodigde inlichtingen over het letsel en het ongeval/voorval aan De Friesland Zorgverzekeraar te verstrekken. De aldus verkregen informatie mag in het kader van de verhaalsactiviteiten van De Friesland Zorgverzekeraar gebruikt worden. Tevens verklaart hij/zij dat hem/haar bekend is zonder voorkennis en toestemming van De Friesland Zorgverzekeraar geen regeling te mogen treffen met derden terzake van het bovengenoemde ongeval/voorval waardoor De Friesland Zorgverzekeraar in zijn rechten wordt benadeeld.

Naam	<input type="text"/>
Datum en plaats	<input type="text"/>
Handtekening	<input type="text"/>

