

Dossiernummer  Datum behandeling  Datum verzending

## Uw gegevens in vertrouwde handen

Vult u dit formulier in? Dan hebben wij uw gegevens nodig. Denk aan uw naam, adres en woonplaats, e-mailadres en telefoonnummer. Soms hebben wij ook meer gegevens van u nodig. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor een goede verwerking van uw persoonsgegevens.

Wilt u weten welke gegevens wij verwerken en waarvoor?

Kijk dan in ons Privacy Statement op [www.defriesland.nl](http://www.defriesland.nl). Daar leest u ook wat uw rechten zijn. En wanneer u bezwaar kunt maken tegen verwerking van uw gegevens. Wilt u ons Privacy Statement op papier ontvangen? Stuur dan een brief naar: De Friesland Zorgverzekeraar, Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden.

## 1 Gegevens verzekerde

Achternaam	<input type="text"/>	Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Voorvoegsel(s)	<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"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	Verzekerdennr.	<input type="text"/>

## 2 Vragenlijst met betrekking tot het ongeval/voorval

(► Onder 2.1 aankruisen wat op u van toepassing is en de daarbij behorende vragen beantwoorden)

2.1 Ten gevolge waarvan moest u een medische behandeling ondergaan?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ziekte, niet ten gevolge van een ongeval | → | U kunt het formulier (onder rubriek 3) ondertekenen en retourneren. |
| <input type="checkbox"/> Verkeersongeval                          | → | Vul vraag 2.2 t/m 2.6, 2.8, 2.10 t/m 3 in.                          |
| <input type="checkbox"/> Mishandeling/misdrijf                    | → | Vul vraag 2.2, 2.3, 2.8, 2.10 t/m 3 in.                             |
| <input type="checkbox"/> Ongeval met dier                         | → | Vul vraag 2.2, 2.3, 2.7, 2.8, 2.10 t/m 3 in.                        |
| <input type="checkbox"/> Bedrijfsongeval                          | → | Vul vraag 2.2, 2.3, 2.9, 2.10 t/m 3 in.                             |
| <input type="checkbox"/> Sportongeval                             | → | Vul vraag 2.2, 2.3, 2.8, 2.10 t/m 3 in.                             |
| <input type="checkbox"/> Ongeval binnenshuis                      | → | Vul vraag 2.2, 2.3, 2.8, 2.10 t/m 3 in.                             |
| <input type="checkbox"/> Ongeval buitenshuis                      | → | Vul vraag 2.2, 2.3, 2.8, 2.10 t/m 3 in.                             |
| <input type="checkbox"/> Medische fout                            | → | Vul vraag 2.2, 2.3, 2.10 t/m 2.11, 2.13 t/m 2.14 en 3 in.           |
| <input type="checkbox"/> Anders, nl. <input type="text"/>         | → | 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?

Straat/Naam  Plaatsnaam

Gemeente

Bij bedrijfsongeval, graag de naam van het bedrijf vermelden

2.4 Hoe nam u deel aan het verkeer?

- Auto     Motor     Bromfiets  
 Fiets     Voetganger     Anders, namelijk

2.4.1 Was u bestuurder of passagier?

- Bestuurder     Passagier

2.4.2 Waren er meer passagiers?

- Ja      Nee

2.4.3 Droeg u een autogordel?

- Ja     Nee     Niet van toepassing

2.4.4 Droeg u 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	<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"/>

2.5.2 Waar is het voertuig of de bestuur(d)(st)er van de fiets of de voetgang(st)er verzekerd?

Naam verzekeraar	<input type="text"/>	Plaatsnaam	<input type="text"/>
Polisnummer	<input type="text"/>	Schadenummer	<input type="text"/>

2.6 Hoe nam **de tegenpartij** deel aan het verkeer?  Auto  Motor  Bromfiets  Fiets  
 Voetganger  Anders, namelijk

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

2.6.2 Wie was de bestuurder?

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"/>

2.6.3 Waar is het voertuig of de bestuur(st)er van de fiets of de voetgang(st)er verzekerd?

Naam verzekeraar	<input type="text"/>	Plaatsnaam	<input type="text"/>
Polisnummer	<input type="text"/>	Schadenummer	<input type="text"/>

2.7 Wie is de eigenaar van het dier?

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"/>

2.7.1 Waar is de eigenaar verzekerd?

Naam verzekeraar	<input type="text"/>	Plaatsnaam	<input type="text"/>
Polisnummer	<input type="text"/>	Schadenummer	<input type="text"/>

2.8 Is het ongeval/voorval bij de politie gemeld?  Nee  Ja, bij de politie te

2.8.1 Is er een mutatie of proces-verbaal opgemaakt?  Nee  Ja:  Mutatie  Proces-verbaal, nr.

2.9 Is het ongeval/voorval bij de arbeidsinspectie gemeld?  Nee  Ja, bij de arbeidsinspectie te

2.9.1 Is er een rapport opgemaakt?  Nee  Ja, nummer

2.9.2 Wie was de werkgever?

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"/>

2.10 Wie acht u aansprakelijk?

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"/>

2.10.1 Waar is hij/zij verzekerd voor wettelijke aansprakelijkheid? (► *Alleen invullen indien 2.5.2, 2.6.3 of 2.7.1 niet ingevuld is*)

Naam verzekeraar	<input type="text"/>	Plaatsnaam	<input type="text"/>
Polisnummer	<input type="text"/>	Schadenummer	<input type="text"/>

2.11 Welke verwondingen hebt u ten gevolge van het ongeval/voorval opgelopen?

2.11.1 Bent u nog onder medische behandeling?

1. Ja, bij (naam)	<input type="text"/>
Nee, niet meer sinds	<input type="text"/>
2. Ja, bij (naam)	<input type="text"/>
Nee, niet meer sinds	<input type="text"/>
3. Ja, bij (naam)	<input type="text"/>
Nee, niet meer sinds	<input type="text"/>

Soort arts/therapeut	<input type="text"/>
Soort arts/therapeut	<input type="text"/>
Soort arts/therapeut	<input type="text"/>
Naam medicijn(en)	<input type="text"/>

2.12 Welke personen hebben ook letstel opgelopen?

1. Achternaam	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>
2. Achternaam	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>
3. Achternaam	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>
4. Achternaam	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>

Voorletter(s)	<input type="text"/>
Huisnummer	<input type="text"/> Toevoeging <input type="text"/>
Plaatsnaam	<input type="text"/>
Voorletter(s)	<input type="text"/>
Huisnummer	<input type="text"/> Toevoeging <input type="text"/>
Plaatsnaam	<input type="text"/>
Voorletter(s)	<input type="text"/>
Huisnummer	<input type="text"/> Toevoeging <input type="text"/>
Plaatsnaam	<input type="text"/>
Voorletter(s)	<input type="text"/>
Huisnummer	<input type="text"/> Toevoeging <input type="text"/>
Plaatsnaam	<input type="text"/>

2.13 Hebt u rechtshulp bij dit ongeval/vooral?  Ja  Nee

2.13.1 Zo ja, bij welke instantie?

Naam	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>

Plaatsnaam	<input type="text"/>
Schadenummer	<input type="text"/>

2.13.2 Gaat uw belangenbehartiger ook het eigen risico voor u verhalen?  Ja  Nee  Niet van toepassing

2.14 Wilt u de toedracht van het ongeval/vooral zo duidelijk mogelijk omschrijven? (Vervolg eventueel op achterzijde)

2.14.1 Zijn er ook getuigen van het ongeval/vooral?  Ja (vermeld hieronder)  Nee

1. Achternaam	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>
2. Achternaam	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>
3. Achternaam	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>

Voorletter(s)	<input type="text"/>
Huisnummer	<input type="text"/> Toevoeging <input type="text"/>
Plaatsnaam	<input type="text"/>
Voorletter(s)	<input type="text"/>
Huisnummer	<input type="text"/> Toevoeging <input type="text"/>
Plaatsnaam	<input type="text"/>
Voorletter(s)	<input type="text"/>
Huisnummer	<input type="text"/> Toevoeging <input type="text"/>
Plaatsnaam	<input type="text"/>

## 2.15 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/vooral 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/vooral aan De Friesland Zorgverzekeraar te verstrekken. De aldus verkregen informatie mag in het kader van de verhaals-activiteiten 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/vooral waardoor De Friesland Zorgverzekeraar in zijn rechten wordt benadeeld.

Naam

Telefonisch te bereiken op nummer:

Datum en plaats

Handtekening