

Dossiernummer

Datum behandeling

Datum verzending

1 Gegevens verzekerde

Achternaam

Voorvoegsel(s)

Straatnaam

Postcode

Geboortedatum

Man Vrouw

Voorletter(s)

Huisnummer

Plaatsnaam

Verzekerdennr.

Toevoeging

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 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.
- Medische fout Vul vraag 2.2, 2.3, 2.10 t/m 2.11.2, 2.13 t/m 2.14 en 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?

Straat/Naam

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,

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 bestuur(d)(st)er van de fiets of de voetgang(st)er 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 bestuur(d)(st)er van de fiets of de voetgang(st)er 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"/>	Telefonisch te bereiken op nummer:	<input type="text"/>
Datum en plaats	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Handtekening	<input type="text"/>		

