



Vragenformulier ongeval

Met dit formulier kunt u aangeven of uw medische behandeling het gevolg is van een ongeval. Indien dit het geval is kunnen wij op basis van dit formulier mogelijk de aan u vergoede medische kosten terug halen bij een aansprakelijke tegenpartij.

Naam: Datum behandeling:
Adres:
Postcode: Woonplaats:
Relatienummer:
Geboortedatum:

! Lees eerst de brief of onze website www.cz.nl/verhaal voordat u dit formulier invult. 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. Ondertekenen 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: 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:

* doorhalen wat niet van toepassing is



5 Eventuele getuigen van het ongeval

Getuige 1 M/V*		Getuige 2 M/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 soort behandelingen hebt u naar aanleiding van het ongeval gebruikgemaakt? _____

	Wijze waarop partijen bij het ongeval betrokken waren:	Bij gemotoriseerde voertuigen		
Uzelf	<input type="checkbox"/> Autobestuurder	<input type="checkbox"/> Motorbestuurder	<input type="checkbox"/> Inzittende/passagier	Kenteken 1
	<input type="checkbox"/> Brom-/snorfietser	<input type="checkbox"/> Fietser	<input type="checkbox"/> Voetganger	_____
	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____			_____
Tegenpartij	<input type="checkbox"/> Autobestuurder	<input type="checkbox"/> Motorbestuurder	<input type="checkbox"/> Inzittende/passagier	Kenteken 2
	<input type="checkbox"/> Brom-/snorfietser	<input type="checkbox"/> Fietser	<input type="checkbox"/> Voetganger	_____
	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____			_____

11 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 uw rechtshulp? Ja / Nee*

Indien u geen rechtshulp krijgt, wenst u dan advies van onze Verhaalservice? Ja / Nee*

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 dichtsbijzijnde 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 of op www.cz.nl/verhaal.

12 Op welk telefoonnummer/e-mailadres kunnen wij u eventueel bereiken?
Telefoon: _____
E-mail: _____

* doorhalen wat niet van toepassing is

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: _____