

in te vullen door verzekerde

Naam: Datum behandeling:
Adres:
Postcode en woonplaats:
Relatienummer:
Geboortedatum:

1 Soort ongeval

- Verkeersongeval Mishandeling / geweld Sportongeval
 Ander ongeval, namelijk:

A.u.b. verdergaan bij vraag 2. Na beantwoording van de vragen, het vragenformulier ondertekenen en terugsturen.

2 Waar en wanneer was het ongeval? Datum:
Tijdstip:
Gemeente/Plaats:
Straat:

3 Wie is naar uw mening schuldig aan het ongeval? Naam:
Adres:
Postcode en woonplaats:
omdat:

4 Bij welke maatschappij is de tegenpartij verzekerd voor wettelijke aansprakelijkheid (W.A)? Naam verzekeringsmaatschappij tegenpartij:
Polisnummer:
Schadenummer:

5 Korte omschrijving van het ongeval

s.v.p. indien mogelijk een situatieschets bijvoegen

6 Eventuele getuigen van het ongeval

	Getuige 1	M/V*	Getuige 2	M/V*
Naam:	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adres:	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Woonplaats:	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

7 Is een proces-verbaal of politierapport opgemaakt? Ja / Nee*
Zo ja, Naam politiebureau:
Plaats:
Nummer proces-verbaal:

8 Werd u na het ongeval per ambulance vervoerd? Ja / Nee*



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

10 Bij welke arts(en) of fysiotherapeut bent u naar aanleiding van het ongeval in behandeling geweest? Welke periode?

11 Verwacht u in de toekomst naar aanleiding van dit ongeval nog verdere geneeskundige hulp? Ja / Nee*
Zo ja, waarvoor?

Wijze waarop partijen bij het ongeval betrokken waren:			Bij auto's/motoren	Bij brom-/snorfietsen	
Uzelf	<input type="checkbox"/> Autobestuurder	<input type="checkbox"/> Motorbestuurder	<input type="checkbox"/> Inzittende/passagier*	Kenteken 1	Plaatnummer 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	Plaatnummer 2
	<input type="checkbox"/> Brom-/snorfietser	<input type="checkbox"/> Fietser	<input type="checkbox"/> Voetganger		
	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:				

13 Droeg u op het moment van het ongeval een autogordel of veiligheidshelm? Ja Nee, geen autogordel in voertuig aanwezig
 Nee Niet van toepassing

14 Waren er nog andere personen bij het ongeval betrokken? Ja / Nee*
Zo ja, wie? Naam:
Adres:
Postcode en woonplaats:

15 Bent u de eigenaar van het voertuig? Ja / Nee*
Indien nee: Naam eigenaar:
Adres eigenaar:
Postcode en woonplaats eigenaar:

16 Wat is uw relatie tot de eigenaar/bestuurder van het voertuig?

17 Hebt u de tegenpartij aansprakelijk gesteld? Ja / Nee*
Zo ja, krijgt u hierbij rechtshulp? Ja / Nee*
Zo ja, van wie?
Wat is het referentienummer?
Indien nee, wenst u geïnformeerd te worden over de mogelijkheden van advies door onze verhaalservice? Ja / Nee*
Indien ja, welk advocatenkantoor?
Indien ja, ik wil het gesprek bij CZ thuis bij advocatenkantoor

18 Op welk telefoonnummer kunnen wij u eventueel bereiken?
Privé:
Werk:

* doorhalen wat niet van toepassing is

Ondergetekende verklaart bovenstaande gegevens volledig en naar beste weten te hebben ingevuld.

Handtekening verzekerde of diens gevolmachtigde

Datum: