

LETSELSCHADE 185WVW

Vragenformulier

Om uw letselschade goed te kunnen behandelen, hebben wij informatie nodig over uw letsel. Vul het formulier zo volledig mogelijk in en stuur het naar ons terug. Dit kan per e-mail of per post.

CONTACT

Onze medewerkers staan voor u klaar maandag tot en met vrijdag van 8:30 - 17:30 uur.

Telefoon	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Ons schade nr	<input type="text"/>
Uw referentienr	<input type="text"/>

Algemene gegevens

1. Uw gegevens

Dhr. Mevr.

Achternaam

Voorletters

Geboortedatum

Adres

Postcode

Woonplaats

Telefoon

E-mail

IBAN-nummer

Woonsituatie

- alleenstaand
 samenwonend
 in woongroep

Heeft u thuiswonende kinderen? nee ja

Zo ja, wat is het geboortjaar van uw thuiswonende kinderen?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

2. Uw schade

Zijn er zaken beschadigd? nee ja, graag hieronder opgeven:

	Geschatte waarde	Aanschafdatum	Schade hersteld?
1.	<input type="text"/> € <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
2.	<input type="text"/> € <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
3.	<input type="text"/> € <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
4.	<input type="text"/> € <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja

Heeft u foto's van de schade? nee ja, svp deze meesturen

Heeft u kosten gemaakt? nee ja

Beschikt u over aankoopbonnen? nee ja, graag hieronder uw opgave:

	Bedrag	Datum
1.	<input type="text"/> € <input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/> € <input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/> € <input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/> € <input type="text"/>	<input type="text"/>

Verwacht u nog kosten te maken? nee ja, nl voor

Geschat bedrag €

Medische gegevens

3. Uw verwondingen

Welke verwondingen / klachten heeft u door het ongeval opgelopen?

Bent u tijdens of kort na het ongeval bewusteloos geraakt?

nee ja

Heeft u tijdens het ongeval uw hoofd gestoten?

nee ja, tegen

Bent u na het ongeval medisch onderzocht en/of opgenomen geweest?

nee
 ja, huisarts
 ja, ambulance ter plaatsen geweest
 ja, spoedeisende hulp
 ja, opname van tot

Naam ziekenhuis

Plaats

Behandelend arts

Specialisme

Heeft u nog steeds klachten door het ongeval?

nee, niet meer sinds
 ja, nl

Staat u voor de huidige klachten onder medische behandeling?

Zo ja, bij wie?

nee
 ja, huisarts
 ja, specialist
 ja, revalidatie van tot

Bij wie staat u onder behandeling?

Naam
Specialisme

Naam
Specialisme

Naam
Specialisme

Waar bent u voor ziektekosten verzekerd?

Naam Verzekeraar
Polisnummer
Hoe hoog is uw eigen risico?

4. Uw gezondheid voor het ongeval

Hoe was uw gezondheid voor het ongeval?

uitstekend
 goed
 redelijk
 slecht

Als u redelijk / slecht heeft aangevinkt: kunt u dan een toelichting geven?

Gebruikte u medicijnen voor het ongeval?

nee ja, voor
 (soort klachten).

Gebruikt u medicijnen na het ongeval?

nee ja, voor
 (soort klachten).

Bent u al eens eerder bij een ongeval gewond geraakt?

nee
 ja, bij verkeersongeval
 arbeidsongeval
 sport of ander ongeval

Zo ja, welk deel van uw lichaam raakte daarbij gewond?

hoofd/gezicht nek/schouder
 rug arm(en)
 be(e)n(en) anders
 weet het niet meer

Had u voor het ongeval hulp?

nee
 ja, uur per week
door wie en waarbij?

Heeft u na het ongeval hulp?

nee
 ja, uur per week
door wie en waardoor?

Zijn er factoren die van invloed zijn op uw herstel?

nee
 ja, nl in scheiding / gescheiden
 familieperikelen
 werkstress / arbeidsconflict / (dreigend) ontslag
 naaste ernstig ziek / overleden
 anders, nl

Arbeidsgegevens

5. Uw werk & inkomen

Ik ben zelfstandige in loondienst
 huisvrouw/-man scholier/student
 werkloos gepensioneerd
 anders, nl

Als u in loondienst of als zelfstandige werkt, wat zijn dan uw werkzaamheden (functie)?

Ik werk fulltime parttime uren per week
Naam werkgever
Adres
Telefoon
E-mail

Bent u arbeidsongeschikt (geweest) door het ongeval? Hoe lang en in welke mate (percentage)?
 nee ja,
van tot %
van tot %
van tot %
van tot %

Wat zijn uw inkomsten uit uw werk voor het ongeval?
Bruto € per
 week 4 weken maand
Netto € per
 week 4 weken maand

Wordt uw loon bij arbeidsongeschiktheid door uw werkgever volledig doorbetaald?
 ja
 nee, Bruto €
Netto €

Heeft u een Arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV) en/of Particuliere ongevallenverzekering (PO)? Een Ongevalleninzitten Verzekering (OIV) of een Schadeverzekering voor inzittenden (SVI)?

Zo ja, bij welke maatschappij, onder welk polisnummer en welke bedragen zijn verzekerd?

nee
 ja, AOV
Maatschappij
Polisnummer
Verzekerd bedrag €
 ja, PO
Maatschappij
Polisnummer
Verzekerd bedrag €
 ja, OIV
Maatschappij
Polisnummer
Verzekerd bedrag €
 ja, SVI
Maatschappij
Polisnummer
Verzekerd bedrag €

Heeft u naast uw werk andere inkomsten?

nee
 ja, pensioen WIA / WAO / AOV
 ja, uitkering nl
 ja, anders nl

Hoeveel inkomsten krijgt u hiervoor?

Bruto € per
 week 4 weken ma
Netto € per
 week 4 weken ma

Persoonsgegevens

De op dit formulier ingevulde en eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de cliëntenregistratie gevoerd door de maatschappij waarbij u verzekerd bent, of die u aansprakelijk acht. Deze registratie is aangemeld bij de Registratiekamer. Een afschrift van het aanmeldingsformulier ligt ter inzage bij deze maatschappij. De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatie Systeem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen, eigendom van Stichting CIS, gevestigd op de Huis ter Heideweg 30 te Zeist, Postbus 124, 3700 AC te Zeist. Aanmelding van deze verwerking van persoonsgegevens is bij de registratiekamer gedaan op 1 februari 1994, alsmede op 9 augustus 2002 aan het College Bescherming Persoonsgegevens.

Ondergetekende verklaart:

- Vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en verstrekt, en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen;
- Dit formulier, en de eventueel nog nader te verstrekken gegevens aan de maatschappij te verstrekken om te dienen tot vaststelling van de omvang van de schade en het recht op uitkering;
- Van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

Ondertekening	
Naam	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
Plaats	<input type="text"/>
Handtekening	<input type="text"/>

Bewaar

Print

Wis

Vul dit formulier zo volledig mogelijk in.

Stuur het binnen 14 dagen naar ons op via: schadeservice@allianz.nl

U kunt het ook per post sturen naar:

Allianz Nederland Schadeverzekering
Afdeling Schadeafhandeling
Postbus 761, 3000 AT Rotterdam

Alvast bedankt voor uw medewerking!