

# LETSELSCHADE UITGEBREID

## 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?

#### 2. Uw schade

Is uw voertuig beschadigd?  nee  ja

Zo ja, is de schade hersteld?  nee  ja

Wat is het geschatte schadebedrag?

Beschikt u over aankoopbonnen?  nee  ja

Zijn er zaken beschadigd?  nee  ja, graag hieronder uw opgave:

	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, 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 €

### 3. Uw voertuig

Stond u stil tijdens het ongeval?

ja  nee  km/uur

Waarom heeft u uw eigen snelheid afgemeten?

snelheidsmeter  
 verklaring van een getuige  
 anders, nl

Heeft u de aanrijding zien aankomen?

nee  ja

Had het voertuig waarin u zat een trekhaak?

nee  ja

Stond het voertuig op de handrem tijdens het ongeval?

nee  ja  weet niet

Stond de bestuurder met de voet op de rem tijdens het ongeval?

nee  ja  weet niet

Hoeveel meter schoot het voertuig door?  meter

Schoot het voertuig nog door tegen een ander object?

nee  ja  tegen

Hoe snel reed het voertuig die tegen u aanreed?  km/uur

Is diegene die u heeft aangereden uw

collega  
 werkgever  
 werknemer  
 geen relatie

Waarom heeft u deze snelheid afgemeten?

snelheidsmeter  
 verklaring van een getuige  
 anders, nl

Is er politie bij geweest?

nee  
 ja, is er een rapport opgemaakt?  nee  ja

### 4. In- en opzittenden

Hoeveel personen zaten er inclusief uzelf in of op het voertuig tijdens het ongeval?

1  2  3  
 4  5  6  
 7  8  9

Wat is het gewicht van de inzittende(n)?

1.  kg 2.  kg 3.  kg  
4.  kg 5.  kg 6.  kg  
7.  kg 8.  kg 9.  kg

Wat is het gewicht van de bagage?  kg

Waar zat u tijdens het ongeval?

voorop  achterop  
 links voor  midden voor  rechts voor  
 links midden  midden  rechts midden  
 links achter  midden achter  rechts achter

Droeg u de gordel?

ja, een heupgordel  
 ja, een heup- en schoudergordel  
 nee, geen gordel aanwezig  
 nee, wel gordel aanwezig

Droeg u een helm tijdens het ongeval?

nee  ja  
 niet van toepassing

## Medische gegevens

### 5. 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, 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, ambulance ter plaatse  
 ja, specialist  
 ja, revalidatie van  tot

Bij wie staat u onder behandeling?

Naam

Specialisme

Naam

Specialisme

Naam

Specialisme

Hoogte eigen risico?

Waar bent u voor ziektekosten verzekerd?

Naam verzekeraar

Polisnummer

Hieronder zijn een aantal klachten genoemd. Heeft u van een van deze klachten last gehad na het ongeval?

Heeft u hier nu nog last van?  nee, niet meer sinds

## 6. 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?

  
  
  
  

Welke klachten heeft u na het ongeval gehad?	symptomen		Wanneer zijn de klachten begonnen?			Heeft u hier nog last van?		Hoe ernstig zijn de klachten die u nu nog heeft?			
	nee	ja	direct	binnen 4 dagen	na 4 dagen	nee	ja	mild	gemiddeld	erg	ondraaglijk
concentratieproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slaapproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angst in het verkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nek/schouder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oogklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pijn aan arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pijn aan been	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
duizelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
braakneigingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slikproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oorsuizingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geheugenproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
concentratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kaakgewricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lage rugpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Heeft u na het ongeval hulp?

nee

ja,  uur per week

door wie en waarbij?

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

### 7. 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  %

Heeft u een Arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV) en/of Particuliere ongevallenverzekering (PO)? Een Ongevalleninzittenden 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 €

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 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.

<b>Ondertekening</b>	
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](mailto: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!**

**Vergeet niet de foto's en nota('s) van de schade mee te sturen als u deze heeft!**