

Vragenlijst Letselschade

Onze referentie

Behandeld door

Datum

Personalia

1. Naam

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer privé

Telefoonnummer werk

Mobiel telefoonnummer

E-mailadres

IBAN-rekeningnummer

2. Geslacht

Man

Vrouw

3. Geboortedatum

4. In geval van minderjarigheid de volledige naam van:

Vader / voogd

Geboortedatum

Moeder / voogd

Geboortedatum

5. a. Uw huidige beroep

%

fulltime

parttime

b. Naam en adres werkgever

c. Uw bruto inkomen

€

per 4 weken

per maand

d. Valt u onder een CAO? Zo ja, welke CAO?

e. Heeft u daarnaast nog andere inkomsten uit arbeid, zo ja, welke?

6. (alleen in te vullen door scholieren/studenten)

a. Naam en adres van school of ander opleidingsinstituut

b. Opleiding/leerjaar

- | | | | | |
|----|---------------------------------------------------|----------------------------|----------|----------------|
| 7. | a. Burgerlijke staat | Gehuwd | Ongehuwd | Gehuwd geweest |
| | | Geregistreerd partnerschap | | Samenwonend |
| | Naam echtgen(o)ot(e) / partner | | | |
| | Geboortedatum | | | |
| | b. Werkt uw echtgen(o)ot(e) / partner? | Ja | nee | |
| | Zo ja, voor hoeveel uur per week? | | | |
| 8. | Gezinssamenstelling | a. | | |
| | Geboortedata van uw kinderen | b. | | |
| | | c. | | |
| 9. | a. Naam zorgverzekeraar | | | |
| | b. Bent u aanvullend verzekerd voor ziektekosten? | Ja | nee | |
| | c. Bedrag eigen risico per jaar | € | | |

Omstandigheden van het ongeval

10. Datum en plaats van het ongeval
11. Korte omschrijving van de toedracht van het ongeval

Is de politie ter plaatse geweest?
Zo ja, graag een kopie registratieformulier van de politie en/of schadeformulier bijvoegen samen met een situatieschets.

Ja nee

Is er al contact geweest met de tegenpartij of diens verzekeraar?
Zo ja, graag kopieën van de correspondentie meesturen.

Ja nee

12. Droeg u tijdens het ongeval een gordel of helm?

Letsel

13. Korte omschrijving van het door u opgelopen letsel

14. Bent u in het ziekenhuis / revalidatiecentrum
of een verpleeghuis opgenomen?
- Ja nee
- Ziekenhuis revalidatiecentrum verpleeghuis
- Naam instelling
- Plaats
- Datum opname
- Datum ontslag
15. a. Naam en adres huisarts
- b. Overige arts(en) (incl. specialisme en
ziekenhuis of instelling)
- c. Naam en adres fysiotherapeut
16. Korte omschrijving van uw huidige medische
situatie en de huidige behandelingen,
waaronder fysiotherapie

Schade

17. Opgave van de materiële schade die u tot op
heden heeft geleden.
- Bijv.: schade aan auto, fiets, kleding,
(reis)kosten inzake ziekenhuisopname e.d.
Graag bewijsmateriaal bijvoegen.
- a.
- b.
- c.
- d.
- e.
- f.
18. Bent u momenteel nog arbeidsongeschikt? Ja nee
- Zo ja, sinds wanneer en wat is het percentage
arbeidsongeschiktheid?
- Zo nee, sinds wanneer bent u weer arbeidsgeschikt?
- Heeft u studievertraging als gevolg van het ongeval?
- Zo ja, hoe lang?

19. Is er sprake van vermindering van inkomen indien u arbeidsongeschikt bent? Zo ja, wilt u dan loonstroken bijvoegen waaruit het inkomen vóór arbeidsongeschiktheid en het huidige inkomen blijkt? Denk ook aan overwerk, onregelmatigheidstoeslag e.d.
20. Heeft u een arbeidsongeschiktheidsverzekering en/of een ongevallenverzekering? Ja nee
Zo ja, bij welke verzekeraar en voor welk bedrag? €
21. Heeft u hulp in de huishouding (nodig) ten gevolge van het ongeval? Ja nee
Door welke instantie of particulier?
Hoeveel uur per week?
Eigen bijdrage / kosten? €
22. Heeft u een rechtsbijstandverzekering? Ja nee
Zo ja, bij welke verzekeraar bent u verzekerd?
23. Heeft u een huurhuis of een koophuis? Huurhuis koophuis
24. Indien u aanvullende opmerkingen heeft, kunt u die hiernaast vermelden

Ingevuld te

Formulier verstrekt door:

Datum

Handtekening

Voor vragen of opmerkingen kunt u contact opnemen met: letselschade.com De Wederik 8, Postbus 102, 3350 AC Papendrecht, telefoon 078 6 443 440, fax 078 6 449 440, e-mail info@letselschade.com