

## 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

anders, nl: \_\_\_\_\_

3. Geboortedatum \_\_\_\_\_

4. In geval van minderjarigheid de volledige naam van:

Vader / voogd \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Moeder / voogd \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

5. a. Uw huidige beroep / ZZP / ondernemer \_\_\_\_\_

- fulltime / parttime

\_\_\_\_\_% Fulltime Parttime

- contract

Bepaalde Onbepaalde tijd

b. Naam en adres werkgever \_\_\_\_\_

c. Uw bruto inkomen

€ \_\_\_\_\_ per

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

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

€ \_\_\_\_\_

d. Mag Letselschade.com uw zorgverzekeraar benaderen voor regres?

Ja / nee \*

## 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?

Ja / nee \*

Zo ja, graag een kopie registratieformulier van de politie en/of schadeformulier bijvoegen samen met een situatieschets.

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

\_\_\_\_\_

13. Is er al contact geweest met de tegenpartij of diens verzekeraar?

Ja / nee \*

Zo ja, graag kopieën van de correspondentie meesturen.

a. Naam aansprakelijke verzekeraar

\_\_\_\_\_

b. Schade- / referentienummer

\_\_\_\_\_

c. Is de aansprakelijkheid erkend?

Ja / nee \*

## Letsel

14. Korte omschrijving van het door u opgelopen letsel

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Bent u in het ziekenhuis / revalidatiecentrum of een verpleeghuis opgenomen?

Ja / nee \*

Indien ja:

Naam instelling

\_\_\_\_\_

Plaats

\_\_\_\_\_

Datum opname

\_\_\_\_\_

Datum ontslag

\_\_\_\_\_

16. a. Naam en adres huisarts

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b. Overige arts(en) (incl. specialisme en ziekenhuis of instelling)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c. Naam en adres fysiotherapeut

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Korte omschrijving van uw huidige medische situatie en de huidige behandelingen, waaronder fysiotherapie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Schade

18. a. 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.

I. \_\_\_\_\_

II. \_\_\_\_\_

III. \_\_\_\_\_

IV. \_\_\_\_\_

V. \_\_\_\_\_

VI. \_\_\_\_\_

b. Is de schade aan het voertuig al geregeld?

Ja / nee \*

19. 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?

\_\_\_\_\_

20. 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.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. Heeft u een arbeidsongeschiktheidsverzekering en/of een ongevallenverzekering? Ja / nee \*  
Zo ja, bij welke verzekeraar en voor welk bedrag? € \_\_\_\_\_  
Heeft u een SVI verzekering? Ja / nee \*

22. Heeft u een rechtsbijstandverzekering? Ja / nee \*  
  
Zo ja, bij welke verzekeraar bent u verzekerd? \_\_\_\_\_

23. 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? € \_\_\_\_\_

24. Heeft u een huurhuis of een koophuis? Huurhuis Koophuis

25. 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](http://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](mailto:info@letselschade.com)