

LETSELSCHADEFORMULIER

Kenmerk _____

Algemene gegevens

Naam (achternaam, voorletters) : _____ M V

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer (vast en mobiel): _____

E-mailadres: _____

IBAN nummer: _____

Burgerlijke staat: ongehuwd gehuwd samenwonend

Naam partner + leeftijd: _____ M V

Leeftijden thuiswonende kinderen: _____

Sport, hobby's _____

Woning: koop huur

Zijn er bijzonderheden, zoals schuldsanering, curatele, voogdij, etc.? JA NEE, Zo ja, welke? _____

Toedracht ongeval

Toedracht ongeval: _____

Droeg u de autogordel: ja nee n.v.t.

Was er bij u sprake van alcoholgebruik: ja nee

Namen en adressen van getuigen: _____

Letsel

Omschrijving van het opgelopen letsel : _____
: _____
: _____

Datum eerste medische behandeling : _____

EHBO bezocht? : JA NEE, datum _____ welk ziekenhuis? _____

Ziekenhuisopname : JA NEE, periode _____
: ziekenhuis _____

Revalidatieopname : JA NEE, periode _____
: revalidatie instelling _____

Thuis verpleegd : JA NEE JA/NEE, periode _____
: door wie verzorgd ? _____

Huisarts bezocht? : JA NEE, datum _____

- Naam huisarts : _____
adres + postcode, woonplaats huisarts : _____

Gegevens specialisten en/of therapeuten

- naam + specialisme + plaats : _____
datum bezoek : _____
- naam + specialisme + plaats : _____
datum bezoek : _____
- naam + specialisme + plaats : _____
datum bezoek : _____
- naam + specialisme + plaats : _____
datum bezoek : _____
- arbo arts of bedrijfsarts : _____
datum bezoek : _____

Huidige klachten en prognose? : _____
: _____

Had u in de 2 jaar voor het ongeval andere : _____
gezondheidsklachten of beperkingen? : _____

Heeft u eerder een ongeval met letsel gehad? : _____
: _____

Arbeid/opleiding

Genoten opleiding : _____ diploma JA NEE
: _____ diploma JA NEE
: _____ diploma JA NEE
: _____ diploma JA NEE

Bent u als gevolg van het letsel arbeidsongeschikt? : JA NEE
: Van _____ tot _____ voor _____ %
: Van _____ tot _____ voor _____ %
: Van _____ tot _____ voor _____ %
: prognose werkhervatting _____

Was er voor het ongeval al sprake van arbeidsongeschiktheid? : JA NEE. Zo ja, s.v.p. toelichten _____
: _____
: _____

Als u in loondienst bent

Naam werkgever/uitzendbureau : _____
Vestigingsplaats : _____
In dienst sinds : _____ vast contract tijdelijk contract tot _____
Functie : _____
Arbeidsduur : _____ uur per week
Beschrijving van de werkzaamheden : _____
Inkomen uit arbeid : € _____ bruto € _____ netto per _____
Nevenfuncties : _____
Inkomsten uit nevenfuncties : € _____ bruto € _____ netto per _____
Is er een CAO van toepassing? : JA NEE, Zo ja, welke? _____

Als u zelfstandig ondernemer bent

Naam en adres bedrijf : _____
Rechtsvorm bedrijf : Eenmanszaak VOF (uw winstaandeel _____) BV Maatschap
Ingeschreven bij de KvK : JA NEE
Datum start bedrijf : _____
Soort bedrijf : _____
Beschrijving van uw werkzaamheden : _____
Bruto winst laatste 3 jaar voor belasting : € _____ € _____ € _____
Uw netto besteedbaar inkomen laatste 3 jaar : € _____ € _____ € _____

Als u studerend/schoolgaand bent

Huidige opleiding : _____ Startdatum opleiding: _____
Naam en plaats school/opleidingsinstituut : _____
Huidige groep/klas/studiejaar : _____
Planning afronding opleiding : _____
Bijbaan : JA NEE, € _____ per _____ bruto netto
Soort bijbaan : _____

Als u een uitkering ontvangt

Soort uitkering : WW WAO WIA WAJONG WWB Overig: _____
Ingangsdatum uitkering : _____
Uitkeringsinstantie : _____
Bedrag : € _____ bruto € _____ netto per _____

Schade

Bij alle vragen verzoeken wij u nota's, verklaringen of andere bewijsstukken mee te sturen. Mocht u niet meer over de nota's beschikken, wilt u dan de aanschafprijs en de aankoopdatum vermelden?

Schade aan zaken : _____
(bijv. kleding, fiets) : _____
: _____
: _____

<u>Reiskosten</u>	datum	van/naar	aantal kilometers v.v. (OV kosten)
(bijv. voor medische behandelingen)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Medische kosten voor eigen rekening : _____ € _____
(niet vergoed door uw zorgverzekeraar) _____ € _____
_____ € _____
_____ € _____
_____ € _____

Heeft u <u>huishoudelijke hulp</u> nodig? : <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	: startdatum	einddatum	uur per week	betalingen/kosten
Gedurende welke periode en hoeveel uur?	:	_____	_____	€ _____
	:	_____	_____	€ _____
	:	_____	_____	€ _____
	:	_____	_____	€ _____
	:	_____	_____	€ _____
Door wie wordt de hulp verleend?	:	_____		
Door wie is het aantal uren hulp geïndiceerd:	:	_____		

Was er voor het voorval al huishoudelijke hulp nodig? : JA NEE, zo ja, voor hoeveel uur per week? _____

Verlies van arbeidsvermogen. Dit is financiële schade die het gevolg is van arbeidsongeschiktheid.

Betaalt uw werkgever uw loon door? : JA NEE, Zo nee, wat wordt er op uw loon ingehouden?

: _____ € _____ netto per _____

: _____ € _____ netto per _____

: _____

Zijn of worden uw loopbaanplannen door het voorval : JA NEE. Zo ja, graag een toelichting _____

beïnvloed? _____

Indien u zelfstandige bent, heeft u hulp moeten inschakelen? Zo ja, hoe lang, voor welke werkzaamheden en tegen welke kosten?

: _____

: _____

: _____

Overige schade

Maakt u verdere kosten, die u zonder ongeval niet gemaakt zou hebben?

: _____

: _____

Zijn er in de privé-sfeer plannen die niet kunnen doorgaan of moeten worden aangepast? (bv. verbouwing, vakantie)

: _____

: _____

: _____

Verzekeringsgegevens

Zorgverzekering

Naam verzekeraar : _____

Eigen risico : € _____ in het jaar: _____

Particuliere arbeidsongeschiktheidverzekering (AOV) : gemeld? JA NEE

Naam verzekeraar : _____

Wachttijd en verzekerd jaarbedrag : _____ € _____

Collectieve of particuliere ongevallenverzekering : gemeld? JA NEE

Naam verzekeraar : _____

Schadeverzekering voor inzittenden (SVI) : gemeld? JA NEE

Naam verzekeraar : _____

Zijn er andere verzekeringen waarop u i.v.m. deze schade een beroep kunt doen? : JA NEE, welke _____

TOELICHTING GEBRUIK INFORMATIE

Waarom is uw informatie nodig?

U heeft letselschade en wilt uw schade verhalen op de aansprakelijke verzekeraar of indienen bij uw eigen schade inzittenden verzekeraar. De verzekeraar heeft uw informatie nodig om uw situatie te beoordelen. Zonder informatie kan de verzekeraar niet vaststellen welk letsel u heeft opgelopen, welke klachten en beperkingen daardoor zijn ontstaan, en welke schade daaruit voortvloeit.

Regels voor de omgang met uw informatie

Met uw gegevens moet zorgvuldig worden omgegaan. Dit moet gebeuren volgens de regels van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en vanaf 25 mei 2018 de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). In de Gedragscode Behandeling Letselschade staat wat een zorgvuldige omgang met uw (gezondheids- en persoonlijke) informatie inhoudt. U vindt de Gedragscode Behandeling Letselschade op www.deletselschaderaad.nl. Voor meer informatie kunt u terecht bij uw belangenbehartiger of de verzekeraar.

Toestemming door ondertekening

Door ondertekening geef u toestemming aan de verzekeraar en/of uw belangenbehartiger voor de omgang en de verwerking van de door u ingevulde gegevens volgens de regels van de Gedragscode Behandeling Letselschade.

Ondertekening:

Naam : _____

Plaats : _____

Datum : _____

