

VRAGENFORMULIER VERHAALZAKEN

VvAA Zorgverzekering, afd. Verhaalszaken
Antwoordnummer 2731, 3970 WJ Houten
Telefoonnummer: 030 639 62 64
Email: verhaalszaken@vvaazorgverzekering.nl



In het hart van de gezondheidszorg.

Uw gegevens

Voorletters :	Achternaam :
Adres	Postcode / Woonplaats :
Geb. dat. :	Uw relatienummer :
Ons kenmerk:	

Reden vervoer / opname / behandeling

Waarvan is de medische behandeling het gevolg?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ziekte (1) | <input type="checkbox"/> Verkeersongeval (2) | <input type="checkbox"/> Bedrijfsongeval (3) |
| <input type="checkbox"/> Geweldd misdrijf (3) | <input type="checkbox"/> Ongeval met dier (3) | <input type="checkbox"/> Sport- / spelongeval (3) |
| <input type="checkbox"/> Ander voorval (3) | | |

- (1) Ondertekenen dit formulier en stuur het terug
- (2) Vul de vragen op dit formulier en de vragen bij "Verkeersongeval" in en stuur het terug
- (3) Vul de vragen op dit formulier in en stuur het terug

Toedracht

Wilt u hieronder zo volledig mogelijk aangeven wat er is gebeurd? Zo krijgen wij een goed beeld van wat er zich heeft afgespeeld. Wilt u hiernaast een situatieschets maken ter verheldering of deze als bijlage toevoegen?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum en plaats ongeval / voorval

Wanneer vond het ongeval / voorval plaats?	Datum :	Tijdstip :
Waar vond het ongeval / voorval plaats?	Adres :	Plaats :

Politierapport en/of bedrijfsongeval

Om een goed beeld van het ongeval / voorval te krijgen vragen wij altijd het politierapport op (indien gemaakt)

Is het ongeval / voorval bekend bij de politie?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA, bij de politie in
Is een mutatie- / politierapport gemaakt?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA (nr:) * <input type="checkbox"/> Weet ik niet
Is een schadeformulier ingevuld?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA *

* s.v.p. kopie meesturen / rapportnummer vermelden

In het geval van een bedrijfsongeval:

Is de arbeidsinspectie aanwezig geweest?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA
Heeft arbeidsinspectie een rapport gemaakt?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA (indien beschikbaar een kopie meesturen)
Heeft uw werkgever een rapport gemaakt?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA (indien beschikbaar een kopie meesturen)

Zijn er getuigen van het ongeval / voorval?	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA (indien mogelijk gegevens hieronder invullen)
---	------------------------------	---

Naam getuige	Adres	Postcode / Woonplaats	Relatie tot u
.....
.....

Alles over de aansprakelijkheid

Wie is volgens u aansprakelijk en waarom?

Voorletters :

Achternaam :

Adres :

Postcode / Woonplaats :

Aansprakelijk omdat :

Bij welke verzekeraar is hij / zij verzekerd voor aansprakelijkheid?

Vul hier indien bekend het polisnummer :

Vul hier indien bekend het schadenummer :

Heeft u de tegenpartij aansprakelijk gesteld?

NEE, dit ben ik wel / niet van plan *

JA, aansprakelijkheid is wel / niet erkend *

* doorhalen wat niet van toepassing is

Heeft u rechtsbijstand bij het verhalen van uw persoonlijke schade?

NEE

JA, van :

Naam

Adres

Postcode / Plaats

.....

Indien u niet over een rechtsbijstandvoorziening beschikt dan kunt u contact opnemen met de afdeling Verhaalszaken. Wellicht kunt u gebruik maken van onze verhaalsbijstandservice. VvAA Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.

Het letsel

Waaruit bestaat uw letsel?

Welke behandelingen heeft u naar aanleiding van het ongeval / voorval ondergaan ?

Verwacht u nog verdere medische behandelingen in de toekomst? NEE JA

Verklaring en ondertekening

Telefoonnummer privé :

Telefoonnummer werk :

Telefoonnummer mobiel : 06 -

E-mailadres :

Ik geef VvAA Zorgverzekering (hierna: Risicodragers ONVZ zorgverzekeraar) toestemming om over het ongeval / voorval contact op te nemen met de politie en justitie. Ik machtig de politie en justitie alle gevraagde inlichtingen aan ONVZ te verstrekken. Ik geef de medisch adviseur van ONVZ toestemming medische informatie in te winnen over het ongeval / voorval, het opgelopen letsel en de behandelingen die daarmee samenhangen. Ik machtig de behandelende artsen en paramedici deze inlichtingen aan de medisch adviseur van ONVZ te verstrekken. Ik geef de medisch adviseur van ONVZ toestemming om mijn medische gegevens die samenhangen met het ongeval / voorval uit te wisselen met de medisch adviseur van de (verzekeraar van de) tegenpartij en/of met een door ONVZ ingeschakelde letselschaderegelaar.

Datum

Plaats

Naam en handtekening

.....

Als het hier iemand betreft onder de 16 jaar, dan graag ondertekening door een ouder of verzorger.

VERKEERSONGEVAL

Uw gegevens

Geboortedatum :

Uw relatienummer :

Over uw verkeersongeval

Alle gevraagde bijzonderheden over uw verkeersongeval zijn belangrijk. Beantwoord daarom alle vragen zo volledig mogelijk.

Hoe nam u deel aan het verkeer?

Voetganger

Bestuurder van : fiets

bromfiets

snorfiets

motor

auto

Passagier van : fiets

bromfiets

snorfiets

motor

auto

Ander vervoermiddel, namelijk :

Gegevens over dit voertuig

Droeg u een autogordel? JA

NEE

NVT

Droeg u een valhelm? JA

NEE

NVT

Wat is het kenteken of verzekeringsplaatje van dit voertuig?

Wie was de bestuurder van dit voertuig?

Naam

Adres

Postcode / Plaats

.....

Wie is de eigenaar van dit voertuig?

Naam

Adres

Postcode / Plaats

.....

Bij welke maatschappij is het voertuig verzekerd?

Maatschappij : Polis- of verzekeringsnummer :

Gegevens van de tegenpartij

Wie is de tegenpartij?

Naam

Adres

Postcode / Plaats

.....

Hoe nam de tegenpartij deel aan het verkeer?

Voetganger

Bestuurder van : fiets

bromfiets

snorfiets

motor

auto

Ander vervoermiddel, namelijk :

Wat is het kenteken of verzekeringsplaatje van dit voertuig?

Wie is de eigenaar van dit voertuig?

Naam

Adres

Postcode / Plaats

.....

Bij welke maatschappij is het voertuig verzekerd?

Maatschappij : Polis- of verzekeringsnummer :