

Zo neen, 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 loonstro- ken bijvoegen waaruit het inkomen vóór arbeidson- geschiktheid en het huidige inkomen blijkt. Denk ook aan overwerk, onregelmatigheidstoeslag e.d.

20. Heeft u een arbeidsongeschiktheidverzekering 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 huurhuis of een koophuis? huurhuis/koophuis*

23. Indien u aanvullende opmerkingen heeft, kunt u die hiernaast vermelden

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ingevuld te

Datum

Handtekening

Formulier verstrekt door:

Voor vragen of opmerkingen kunt u contact opnemen met:

Groot Expertisebureau b.v.
De Wederik 8, Postbus 102, 3350 AC Papendrecht,
Tel (078) 6 443 440, Fax (078) 6 449 440
groot@letselschade.com - www.letselschade.com

* s.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is.

VRAGENLIJST LETSELSCHADE

Onze referentie

Behandeld door

Datum

PERSONALIA

1. Naam

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer privé

Telefoonnummer zaak

Mobiel telefoonnummer

E-mailadres

Bank- of girorekeningnummer

2. Geslacht Mannelijk/vrouwelijk*

3. Geboortedatum

4. Ingeval van minderjarigheid de volledige naam van:

Vader

Geboortedatum

Moeder

Geboortedatum

5. a. Uw huidig beroep

b. Naam en adres werkgever

c. Uw bruto inkomen

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

* s.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is.

7. a. Burgerlijke staat Ongehuwd/Gehuwd/Gehuwd geweest/
Geregistreerd partnerschap/Samenwonend*

Naam echtgen(o)ot(e)/partner

Geboortedatum

b. Werkt uw echtgeno(o)t(e)/partner,
zo ja, voor hoeveel uur per week.

8. Gezinsamenstelling

Wilt u hier de geboortedata van uw
kinderen invullen?

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

Is er al contact geweest met de tegenpartij
of diens verzekeraar? ja/nee*
Zo ja, wilt u kopieën van de correspondentie
meesturen.

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. (zodig op bijlage specificeren en a.u.b.
bewijsmateriaal bijvoegen)

a.
b.
c.
d.
e.
f.
g.

18. Bent u momenteel nog arbeidsongeschikt? ja/nee*

Zo ja, sinds wanneer en wat is het percentage
arbeidsongeschiktheid?

* s.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is.

* s.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is.