

Letsel Informatie Formulier

Kenmerk

Schadedatum

1. Benadeelde

Naam en voorletter(s)

Adres

Postcode

Woonplaats

Geboortedatum

Geslacht

vrouw

man

Telefoon privé

Telefoon werk

Mobiel nummer

E-mailadres

Burgerlijke staat

ongetrouwd

getrouwd

Samenwonend

Gezinssamenstelling

Leeftijd kind(eren)

IBAN

2. Beroep

Beroep

loondienst

zelfstandig

Omschrijving van de werkzaamheden

Inkomen €

bruto

netto

per week

per maand

Deeltijd

nee

ja

uren per week

Ontvang je een uitkering?

ja

nee

Zo ja, welke?

ziektewet

wia

andere sociale verzekeringswet

3. Aard van het letsel

Omschrijving klachten ten gevolge van het voorval

Vervoerd naar ziekenhuis?	ja	nee
Opname ziekenhuis?	ja	nee
Naam ziekenhuis		
Plaats		
Periode ziekenhuisopname	van	tot
Naam en adres behandelend specialist, therapeut of overige behandelaren		
Is het letsel inmiddels hersteld?	ja	nee
Zo ja, per wanneer?		
Ben je als gevolg van het voorval geheel of gedeeltelijk voor je werk uitgevallen?		
	ja	nee
Zo ja, heb je je werk inmiddels hervat?		
	ja,	vanaf nee

4. Huisarts

Naam en voorletter(s) huisarts	Dhr.	Mevr.	
Adres			
Postcode		Woonplaats	
Heb je in verband met het letsel de huisarts geraadpleegd?			
	ja	nee	
Zo ja, wanneer?			

5. Verzekeringen

Naam zorgverzekeraar			
Eigen risico per jaar bij jouw zorgverzekeraar	€		
Andere verzekeringen/voorzieningen			
ongevallenverzekering	arbeidsongeschiktheidsverzekering		
ongevallen opzettenden verzekering	schadeverzekering inzittenden		
ongevallen inzittende verzekering			

6. Schade

Materiële schade ("indien aanwezig" kopieën van aankoopnota's meesturen; anders schatting datum van aankoop en aankoopprijs)

bijvoorbeeld kleding

datum aanschaf

prijs

		€
		€
		€
		€
		€
		€

Op- en/of aanmerkingen:

Datum

Plaats

Handtekening