

● (verkeers)ongevallen nederland

Rh/ _____
 nieuwe zaak

Dit formulier, in blokletters, invullen als u het dossier door Rechtshulp wilt laten behandelen.

A. gegevens van schadelijgende partij

1. persoonlijke gegevens

achternaam _____ M V

voorna(a)m(en) _____

straat + huisnummer _____

postcode + woonplaats _____

emailadres _____

ANWB-lidmaatschapsnr. | | | | | | | | | | geen ANWB-lid geboortedatum _____

telefoonnr overdag _____ telefoonnr. 's avonds _____

bankrekeningnummer | | | | | | | | | |

beroep _____ zelfstandig in loondienst

bij ongeval betrokken als voetganger fietser snorfietser bromfietser/motorrijder automobilist

inzittende/opzittende

Heeft u eerder een dossier bij Rh in behandeling gegeven? ja nee

ongevallen verzekering (evt. via werkgever) ja nee

2. voertuig gegevens

kenteken voertuig _____

voertuig verzekerd nee ja

aard van verzekering WA WA + gedeeltelijk casco WA + casco (all-risk)

naam maatschappij _____

straat + nummer _____ telefoonnummer _____

postcode + plaats _____ polisnummer _____

B. gegevens van de tegenpartij (voor zover bekend)

1. persoonlijke gegevens

achternaam _____ M V

voorna(a)m(en) _____

straat + huisnummer _____

postcode + woonplaats _____

2. voertuig gegevens

kenteken voertuig _____

voertuig verzekerd nee ja

naam maatschappij _____

straat + nummer _____ telefoonnummer _____

postcode + plaats _____

polisnummer _____ schadenummer _____

4. opgave schade Opgave schade die voor uw eigen rekening komt. Zoveel mogelijk **originele** bewijsstukken bijvoegen.

omschrijving	bedrag	omschrijving	bedrag
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

naam ziekenfonds _____	of	naam ziektekostenverz. _____
inschrijf-/polisnr. _____		eigen risico _____
straat + nummer _____		postcode + plaats _____

inkomen

Bent u arbeidsongeschikt? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	werk hervat op _____	voor _____ %
	werk hervat op _____	voor _____ %
Wordt uw salaris doorbetaald? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	naam werkgever _____	
straat + nummer _____	postcode + plaats _____	

5. opgave letsel

omschrijving van het opgelopen letsel _____		
naam + voorletters huisarts _____		
straat + nummer _____	postcode + plaats _____	
Wordt/werd u opgenomen in een ziekenhuis? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	opnamedatum _____	ontslagdatum _____
naam ziekenhuis _____		
straat + nummer _____	postcode + plaats _____	

opgave van specialisten die u behandeld hebben of nog behandelen

naam+voorletters _____	soort specialisme _____
straat + nummer _____	postcode + plaats _____
naam+voorletters _____	soort specialisme _____
straat + nummer _____	postcode + plaats _____
naam+voorletters _____	soort specialisme _____
straat + nummer _____	postcode + plaats _____
Wordt u nabehandeld/gerevalideerd? (bijv. fysiotherapie) <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	aantal x _____
naam therapeut _____	
aard en data vermelden _____	

Is er sprake van een medische eindtoestand? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Hebt u blijvende ongemakken? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Hebt u vergelijkbare klachten die voor het ongeval al aanwezig waren? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl. _____
Heeft u al eerder een (verkeers)ongeval gehad? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja

Eventuele aanvullende opmerkingen kunt u op de achterzijde vermelden.

6. ondertekening

datum _____	
plaats _____	handtekening _____

