

# OHRA Zorgverzekering

## Vragenformulier Ongeval

Met dit formulier kunt u aangeven of uw medische behandeling het gevolg is van een ongeval. Als dit het geval is kunnen wij op basis van dit formulier mogelijk de door ons vergoede medische kosten verhalen op een aansprakelijke tegenpartij.

Lees eerst de brief of onze website [www.ohra.nl/verhaal](http://www.ohra.nl/verhaal) voordat u dit formulier invult. Ook wanneer u zelf (deels) aansprakelijk bent voor het ongeval, kunt u dit gerust melden. Dit heeft geen enkel gevolg voor uw zorgverzekering.

### Gegevens verzekeringnemer

Datum behandeling	
Relatienummer	
Voorletter(s) en achternaam	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Geboortedatum	

### Ongeval?

1. Heeft u een ongeval gehad?	<input type="checkbox"/> Ja, ik heb een ongeval gehad waarvoor een tegenpartij aansprakelijk is.
	<input type="checkbox"/> Ja, ik heb een ongeval gehad maar ik ben zelf aansprakelijk. (Let op: Dit heeft geen gevolgen voor de vergoedingen uit uw zorgverzekering.) Alstublieft verdergaan bij vraag 2.
	<input type="checkbox"/> Nee, ik heb geen ongeval gehad. U hoeft de rest van de vragen niet te beantwoorden. Ondertekenen alstublieft het formulier en stuur het terug.

2. Waar en wanneer was het ongeval?	Datum	Tijdstip
	Straat en plaats	

3. Informatie over het ongeval	<input type="checkbox"/> Verkeersongeval <input type="checkbox"/> Mishandeling/geweld <input type="checkbox"/> Sportongeval <input type="checkbox"/> Bedrijfsongeval <input type="checkbox"/> Ongeval met dieren <input type="checkbox"/> Ander ongeval:
	korte omschrijving van ongeval:      (alstublieft indien mogelijk een kopie van het aanrijdingsformulier, een situatieschets en/of foto's met betrekking tot het ongeval bijvoegen)

Wie is naar uw mening aansprakelijk voor het ongeval?	Voorletter (s) en achternaam	
	Adres	
	Postcode en plaats	

Bij welke maatschappij is de tegenpartij verzekerd voor wettelijke aansprakelijkheid (W.A.)?	Naam verzekeringsmaatschappij tegenpartij	
	Polisnummer	
	Schadenummer	

4. Waren er nog andere personen bij het ongeval betrokken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Zo ja, wie?	Naam	
	Adres	
	Postcode en plaats	

5. Eventuele getuigen van het ongeval		
Getuige 1	Naam	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
	Adres	
	Postcode en plaats	
Getuige 2	Naam	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
	Adres	
	Postcode en plaats	
6. Is een procesverbaal of politierapport opgemaakt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		
Nummer proces-verbaal		
7. Werd u na het ongeval per ambulance vervoerd? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		
8. Welk(e) letsel(s) hebt u door het ongeval opgelopen?		
9. Van welke behandelingen hebt u als gevolg van het ongeval gebruikgemaakt?		
<b>10. Wijze waarop partijen bij het ongeval betrokken waren</b>		
<b>Uzelf</b>		<b>Bij gemotoriseerde voertuigen</b>
<input type="checkbox"/> Autobestuurder <input type="checkbox"/> Motorbestuurder <input type="checkbox"/> Inzittende/passagier		Kenteken 1
<input type="checkbox"/> Brom-/snorfieter <input type="checkbox"/> Fietser <input type="checkbox"/> Voetganger		
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		
<b>Tegenpartij</b>		Kenteken 2
<input type="checkbox"/> Autobestuurder <input type="checkbox"/> Motorbestuurder <input type="checkbox"/> Inzittende/passagier		
<input type="checkbox"/> Brom-/snorfieter <input type="checkbox"/> Fietser <input type="checkbox"/> Voetganger		
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		
11. Hebt u de tegenpartij aansprakelijk gesteld? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		
Zo ja, krijgt u hierbij rechtshulp? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		
Zo ja, van wie?		
Wat is het referentienummer?		
Geeft u ons toestemming gegevens uit te wisselen met degene die u rechtshulp verleent?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Indien ja, welk advocatenkantoor heeft uw voorkeur?		

Een kopie van dit vragenformulier wordt doorgestuurd naar het advocatenkantoor. Indien u geen voorkeur opgeeft kiezen wij voor het dichtstbijzijnde advocatenkantoor t.o.v. uw woonplaats. Het advocatenkantoor neemt contact met u op voor een eerste adviesgesprek. Meer informatie over de verhaalsservice of de aangesloten kantoren vindt u in de brochure Verhaalsservice en op [www.ohra.nl/verhaal](http://www.ohra.nl/verhaal).

<b>12. Op welk telefoonnummer/e-mailadres kunnen wij u eventueel bereiken</b>	Telefoon	
	E-mail	

Ondergetekende verklaart bovenstaande gegevens volledig en naar beste weten te hebben ingevuld en geeft hiermee toestemming om dit formulier eventueel te verstrekken aan de verzekeraar van de tegenpartij.

Handtekening verzekerde of diens gevolmachtigde	Handtekening	
	Datum	

OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg KvK 09067645 en OWM CZ groep U.A. te Tilburg KvK 18028752.  
Deze N.V. en OWM behoren tot CZ groep te Tilburg.

Wil je meer weten over de OHRA zorgverzekering?  
Kijk op [www.ohra.nl/zorg](http://www.ohra.nl/zorg)

**OHRA** Direct geregeld