

Zorgkosten claimen

Hebt u een ongeval gehad (zoals een aanrijding, mishandeling of een hondenbeet) en daarvoor medische kosten moeten maken? One Underwriting Health kan de medische kosten en uw eigen risico voor u claimen bij de tegenpartij, waardoor u misschien (een gedeelte) terugkrijgt. Wij verzoeken u de vragen van dit formulier volledig te beantwoorden.

Na invulling én ondertekening kunt u het formulier als bijlage per e-mail verzenden naar **zorgregres@one-uw.nl** of stuur het per post naar **One Underwriting Health, t.a.v. Zorgregres, Postbus 90165, 5600 RV Eindhoven**. De door uw ingevulde gegevens worden uitsluitend voor de verwerking van dit ongeval gebruikt.

1 Wie werd er getroffen door het ongeval?

Naam

Geboortedatum

Verzekernummer*

* Uw verzekernummer vindt u op uw zorgpolis of zorgpas.

- - -

2 Wie heeft het ongeval veroorzaakt?

Vul hier de gegevens van de betrokken persoon in.

Naam

Straatnaam

Huisnummer + toevoeging

Postcode

Woonplaats

3 Het ongeval

Waar en wanneer vond het ongeval plaats?

Datum

Plaats

- - -

Geef een korte beschrijving van het ongeval.

Hoe was u betrokken bij het ongeval?

- Voetganger Fietser Bestuurder motorvoertuig
 Inzittende Passagier
 Anders, namelijk: _____

Hoe was de tegenpartij betrokken bij het ongeval?

- Voetganger Fietser Bestuurder motorvoertuig
 Anders, namelijk: _____

Indien van toepassing en bij u bekend

Kentekennummer

Verzekeraar

Polisnummer

Is bij dit ongeval politie ingeschakeld?

- Nee Ja, vul onderstaande gegevens in.

Is een politierapport opgemaakt?

- Nee Ja, door de politie in de gemeente:** _____

** Graag ontvangen wij een kopie van het rapport of schadeformulier (indien aanwezig).

Is de rechtsbijstandsverzekeraar ingeschakeld?

- Nee Ja, vul onderstaande gegevens in.

Naam verzekeraar _____

Dossiernummer _____

Is er een letselschadeadvocaat ingeschakeld?

- Nee Ja, vul onderstaande gegevens in.

Naam advocaat _____

Adres _____

Telefoon _____

Wat zijn de gegevens van uw huisarts?

Naam _____

Adres _____

Woonplaats _____

Telefoon _____

Is er sprake van medicijngebruik ten gevolge van het ongeval?

- Nee Ja

Op welke data bent u onderzocht of behandeld door een arts, specialist, fysiotherapeut of andere zorgverlener.

Naam zorgverlener

Soort zorgverlener

Behandeldata

Naam zorgverlener

Soort zorgverlener

Behandeldata

Naam zorgverlener

Soort zorgverlener

Behandeldata

Heeft er een ziekenhuisopname plaatsgevonden?

Nee Ja, vul onderstaande gegevens in.

Opnamedatum: __ - __ - _____

Ontslagdatum: __ - __ - _____

Welk(e) letsel(s) hebt u door het ongeval opgelopen?

Welke (vervolg)consulten/behandelingen gaan er nog plaatsvinden?

Het kan noodzakelijk zijn om in relatie tot dit ongeval informatie op te vragen bij derden, bijvoorbeeld uw (huis)arts. Gaat u hiermee akkoord, indien dit aan de orde is?

Nee Ja

*** Mocht u in het bezit zijn van relevante foto's, verklaringen of bewijsstukken ontvangen wij hiervan graag een kopie.

Hieronder kunt u nog bijzonderheden of aanvullingen vermelden***

4 Ondertekening

Door ondertekening verklaart u dat alle gegevens naar waarheid zijn ingevuld. Ondertekening kan digitaal, door hieronder uw akkoord te geven en de datum in te voeren bij vraag 4A. Hebt u het formulier geprint? Dan kunt u akkoord gaan door de datum en uw handtekening te plaatsen bij vraag 4B.

4A

Ik ga akkoord

Datum: ____ - ____ - _____

4B

Handtekening verzekeringnemer

Datum: ____ - ____ - _____

U verklaart de vragen op dit formulier volledig en naar waarheid te hebben beantwoord en alle voor de verzekering van belang zijnde feiten die u kent of behoort te kennen over uzelf en eventueel mee te verzekeren personen, aan One Underwriting Health te hebben meegedeeld.

Verzend formulier