

# Schadeaangifte Ongevallenverzekering

Wilt u dit formulier volledig invullen? Dan loopt uw schadeafhandeling geen vertraging op.

## 1. Gegevens verzekeringnemer

Uw polisnummer		
Naam		Voorletter (s) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Straatnaam en huisnummer		
Postcode en woonplaats		
Telefoonnummer	Privé	Zakelijk
E-mailadres	<input type="checkbox"/> Ja, ik wil van OHRA informatie en interessante aanbiedingen ontvangen via e-mail.	
IBAN-nummer		
Geboortedatum	(dd/mm/jjjj)	
Beroep		

## 2. Op welke verzekerde(n) heeft het ongeval betrekking

	<input type="checkbox"/> verzekeringnemer (ga door naar 3)	<input type="checkbox"/> anders nl:
Naam		Voorletter (s) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Straatnaam en huisnummer		
Postcode en woonplaats		
Telefoonnummer	Thuis	Werk
Geboortedatum		Beroep/bedrijf
Waaruit bestaan de werkzaamheden?		

## 3. Het ongeval

Waar gebeurde het ongeval?	
Op welke dag en tijd?	
Heeft u aangifte gedaan van het ongeval?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Zo ja, stuur een kopie van de aangifte mee	
Is het ongeval door iemand anders veroorzaakt?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Zo ja, gegevens van deze persoon:	
Naam	
Adres	
Woonplaats	
Heeft het ongeval tijdens het uitoefenen van het beroep plaatsgevonden?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Bent u in het ziekenhuis opgenomen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Zo ja, wat is de opname- en ontslagdatum?	
Welk letsel heeft u opgelopen?	

