

# AANVRAAG FORMULIER

Algemene info	
Naam formulier	M19 - Ongevallen

## START VRAGENLIJST

### Benodigde info (infotekst):

- Bij de aanvraag zit een verklaring van uw huisarts, tandarts, medisch specialist, bedrijfsarts of politie over de datum van het ongeval en hoe het ongeval heeft plaatsgevonden
- Röntgenfoto(s) indien aanwezig in dossier evt. aanvullend met kleurenfoto(s) van voor en na het ongeval
- Behandelhistorie
- Kostenbegroting op elementnummers

**Als er geen vergoeding mogelijk is uit de Basisverzekering voor een ongeval, dan kan er eventueel aanspraak gemaakt worden op vergoeding uit de aanvullende verzekering.**

### 1. Wanneer heeft het ongeval plaatsgevonden?

**Let op:** De begindatum op de aanvraag dient hetzelfde te zijn als de datum ongeval. Heeft u bij de begindatum niet de datum ongeval ingevuld, dan stoppen met het vullen van deze aanvraag en opnieuw beginnen met de aanvraag met de datum ongeval als begindatum.

**Verplicht datum veld (dag-maand-jaar)**

### 2. Beschrijving van het ongeval

**Verplicht tekstveld**

### 3. Is er sprake van één of meerdere van de volgende situaties? (meerdere opties mogelijk)

**Checkbox**

1. Kosten als gevolg van ziekte of ziekelijke afwijking van de verzekerde
2. Kosten als gevolg van grove schuld of roekeloosheid
3. Kosten als gevolg van het nuttigen van voedsel of drank
4. Kosten als gevolg van gebruik van alcohol of verdovende middelen
5. Kosten als gevolg van een vechtpartij en/of geweldpleging, anders dan uit zelfverdediging
6. Kosten die reeds voorzien waren voordat het ongeval plaatsvond en/of geen directe relatie hebben met het ongeval
7. Kosten voor planbare zorg in het buitenland
8. Kosten van orthodontische zorg
9. Nee

### 4. Is er sprake van schade veroorzaakt door een derde partij?

**Radiobutton**

- Ja, derde partij onbekend bij verzekerde  
Ja, derde partij bekend bij verzekerde  
Nee

<b>5. Welke elementnummers zijn beschadigd door het ongeval?</b>
<b>Checkbox</b>
Kwadrant 1: <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18
Kwadrant 2: <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28
Kwadrant 3: <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38
Kwadrant 4: <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48

<b>6. Hoe was de situatie van de beschadigde elementen voor het ongeval?</b>
<b>verplicht tekstveld</b>

<b>7. Hoe is de situatie van de beschadigde elementen na het ongeval?</b>
<b>verplicht tekstveld</b>

<b>8. Beschrijving behandelplan met vermelding van elementnummers</b>
<b>verplicht tekstveld</b>

<b>9. Is de kaakchirurg betrokken bij de behandeling van het letsel van het ongeval</b>
Ja
Nee

<b>10. Indien van toepassing, graag noodzakelijke bestanden uploaden</b>
<b>Upload bestanden</b>

<b>Welke prestatiecode(s) vraagt u aan?</b>
<b>Selectie PC</b>

**EINDE VRAGENLIJST**