Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Onderstaande gegevens zijn belangrijk om in geval van een calamiteit (ongeval of pech) adequaat te kunnen reageren en u de nodige zorg uit handen te kunnen nemen. omstanders of medereizigers,ingeval van nood, belangrijke gegevens om de voor u belangrijke instanties te kunnen informeren.

Wij verzoeken u dan ook de onderstaande vragenlijst te beantwoorden, en in uw motorjas of kleding te bewaren op een droge plaats (plastic zakje ).

Bij opname in een ziekenhuis als gevolg van een ongeval wordt altijd contact opgenomen met het door u opgegeven adres in Nederland.

|  |
| --- |
| **Bij wie heeft u uw zorgverzekering afgesloten** |
| Naam Zorgverzekeraar |  |
| Adres zorgverzekeraar |  |
|  |
| Telefoonnummer zorgverzekeraar |  |
| Inschrijfnummer bij zorgverzekeraar |  |
| Heeft u een bewijs van inschrijving bij u Ja / NeeHeeft u een European Health Insurance Card (EHIC) Ja / NeeZo ja door wie afgegeven \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Wat is het nummer |
| **Wie is uw huisarts** |
| Naam huisarts |  |
| Adres huisarts |  |
|  |
| Telefoonnummer huisarts |  |
| **Medicijnen en ziektes**  |
| Gebruikt u medicijnen Ja / Nee\* | Zo ja, welke |
| Heeft u een medicijnen paspoort Ja / Nee\* | Zo ja, dan een kopie bij deze brief bijvoegen |
| Heeft u een chronische ziekte Ja / Nee\* | Zo ja, welke en wie is uw behandelend arts |
| Heeft u een allergie Ja / Nee\* | Zo ja, welke |
| Bent u brildragend Ja / Nee\* Heeft u lenzen Ja / Nee\* |
| **Persoonlijke papieren** |
| Nummer paspoort / ID kaart\* rijder |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nummer rijbewijs rijderCategorie en datum afgifte | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A / B / C / D / E \* afgifte Datum  |
| Heeft u een internationaal rijbewijsJa / Nee\* | Zo ja, nummer |
| **Reis en ongevallenverzekering** |
| Waar heeft u deze verzekering afgesloten: naam maatschappij |  |
| Telefoonnummer maatschappij |  |
| Polisnummer verzekering |  |
| **Rechtsbijstandverzekering**Naam verzekeraar en polisnummer |  |
| **Motorverzekering** Zorg dat u een Europees Schadeformulier bij u heeft!! |
| Waar is uw motor verzekerdNaam maatschappij |  |
| Telefoon maatschappij |  |
| Naam eventuele tussenpersoon |  |
| Telefoonnummer tussenpersoon |  |
| Polisnummer | Nummer groene kaart |
| Wijze van verzekeren | WA / WA extra of beperkt Casco / All Risk\* |
| Kenteken motor |  |
| Tel.nr alarmcentrale voor repatriëring motor |  |
| **Bij pech of ongeval, hoe is de wijze van repatriëring van uw motor geregeld** |
| Bij motorverzekering ingesloten | Ja / Nee\* |
| Via .......................................................... | Ja / Nee\*. Zo ja, nummer |
| Via ........................................................... | Ja / Nee\*. Zo ja, nummer |
| **Waar moet de motor, bij repatriëring, in NL afgeleverd worden** |
| Naam |  |
| Adres en woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| **In geval van ongeval waarschuwen** |
| Naam |  |
| Telefoonnummer |  |
| Staat in relatie tot u | echtgenote / echtgenoot / partner/ broer / zus / schoonzus / zwager / ouders / schoonouders / vriend\* |