

MAATSCHAPPIJ
POLISNUMMER

DATUM ONGEVAL _____ DAG _____ UUR _____ VOOR- NAMIDDAG

Verzekersnemer

NAAM EN VOORNAAM _____

ADRES _____

TELEFOONNUMMER _____

Verzekerde (die het ongeval veroorzaakte)

NAAM EN VOORNAAM _____

ADRES _____

TELEFOONNUMMER _____

GRAAD VAN VERWANTSCHAP MET DE VERZEKERINGSNEMER _____

HANDELDE DEZE PERSOON TIJDENS ZIJN PRIVÉLEVEN OF GEDURENDE HET UITOEFENEN VAN ZIJN BEROEP? _____

INDIEN DE VERZEKERDE PERSOON NIET DE VERZEKERINGSNEMER IS, GENIET HIJ DAN VAN DE WAARBORG VAN EEN ANDER CONTRACT?

JA, BIJ WELKE MAATSCHAPPIJ? _____ NEE

Tegenpartij(en)

	I	II
NAAM EN VOORNAAM		
ADRES		
VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ(EN)		
HEEFT HIJ EEN VORDERING INGEDIEND?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
IS HIJ AANGESLOTEN BIJ EEN ZIEKENFONDS?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE

Schade

Lichamelijke schade

NAAM VAN DE GEKWETSTE

ADRES

TELEFOONNUMMER

BEROEP

AARD VAN DE KWETSUREN

BEHANDELENDE GENEESHEER

MAATSCHAPPIJ ARBEIDSONGEVALLEN

POLISNUMMER

Stoffelijke schade

AARD VAN DE SCHADE

SCHATTING VAN DE SCHADE

Ongeval

OMSTANDIGHEDEN

WIE AANZIET U ALS VERANTWOORDELIJK? WAAROM?

MAG UW VERZEKERAAR DE DERDE(N) VERGOEDEN?

JA

NEE, WAAROM NIET?

SCHETS

PLAATS

PV-NUMMER

IDENTITEIT VAN DE GETUIGEN (NAAM, ADRES, TELEFOON, PLAATS WAAR ZIJ ZICH BEVONDEN)

OPGESTELD TE

OP

HANDTEKENING

Ik bevestig dat de antwoorden volledig zijn en met de waarheid overeenstemmen.

Vanbreda Risk & Benefits NV verwerkt de ontvangen informatie als verwerkingsverantwoordelijke om te voldoen aan haar wettelijke verplichtingen, met het oog op de cliëntenservice, het beheer van uw contracten en schadegevallen, alsook de betaling van verzekeringssommen. Deze informatie kan worden doorgegeven aan verzekeraars en experts betrokken bij de beoordeling van uw dossier.

Meer informatie over ons privacybeleid en uw rechten vindt u terug op www.vanbreda.be/nl/privacy.