

AANGIFTE VAN ONGEVAL

in te vullen door de verzekeringnemer,
onmiddellijk door te sturen aan ZIJN verzekeraar.

<p>● DE VERBALISERENDE OVERHEID Werd er proces-verbaal opgesteld ? Door wie ? Zo mogelijk nummer van het P.V. Heeft de bestuurder van uw voertuig een bloedproef of een andere alcoholtest ondergaan ? Heeft de bestuurder van uw voertuig geweigerd dergelijke bloedproef of alcoholtest te ondergaan ?</p>	<p>neen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>neen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>neen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>	<p>GEBEURLIJKE BIJKOMENDE INLICHTINGEN</p>																		
<p>● UW VOERTUIG : Chassisnummer Cilinderinhoud of vermogen Gebruik op het ogenblik van het ongeval Datum en kleur van het laatste afgegeven attest van de automobielijspektie</p>	<p>privé - weg van of naar het werk - beroep *</p>																			
<p>● DE HERSTELLER : naam en adres</p> <p>Buiten gebruik</p>	<p>neen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>																			
<p>● DE AANHANGWAGEN VAN UW VOERTUIG Merk en type Chassisnummer Hoogst toegelaten gewicht (tarra + lading)</p>																				
<p>● DE BESTUURDER VAN UW VOERTUIG Is hij gewone bestuurder ? In welke hoedanigheid stuurde hij ? Geboortedatum ?</p>	<p>neen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>werknemer - eigenaar - verwant - vriend - garagehouder*</p>																			
<p>● DE B.T.W. Beroep van de eigenaar van het voertuig Wat is zijn registratienummer bij de B.T.W. ? Heeft hij het recht de B.T.W. af te trekken met betrekking tot het beschadigde goed ? Zo ja</p>	<p>neen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>geheel - gedeeltelijk* %</p>																			
<p>● DE GEWONDEN (vermeld hun naam, voornaam, adres en telefoonnummer en, zo mogelijk, de aard van hun letsels)</p> <p>In uw voertuig :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>In het voertuig van derde :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Buiten deze voertuigen :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																				
<p>● ANDERE MATERIELE SCHADE dan aan voertuigen A en B (aard en omvang)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Naam en adres van de schadelijders :</p> <p>.....</p>																				
<p>● DE AANSPRAKELIJKHEID : wie is, naar uw mening, aansprakelijk en waarom ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																				
<p>● VERZEKERINGEN DIE VOOR UW VOERTUIG AFGESLOTEN WERDEN :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 16.6%;">BURG. AANSPR.</th> <th style="width: 16.6%;">EIGEN SCHADE</th> <th style="width: 16.6%;">BRAND</th> <th style="width: 16.6%;">DIEFSTAL</th> <th style="width: 16.6%;">RECHTSBIJSTAND</th> <th style="width: 16.6%;">INZITT. AUTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Naam van de Mij</td> <td>Naam van de Mij</td> <td>Naam van de Mij</td> <td>Naam van de Mij</td> <td>Naam van de Mij</td> <td>Naam van de Mij</td> </tr> <tr> <td>Polisnummer</td> <td>Polisnummer</td> <td>Polisnummer</td> <td>Polisnummer</td> <td>Polisnummer</td> <td>Polisnummer</td> </tr> </tbody> </table>			BURG. AANSPR.	EIGEN SCHADE	BRAND	DIEFSTAL	RECHTSBIJSTAND	INZITT. AUTO	Naam van de Mij	Naam van de Mij	Naam van de Mij	Naam van de Mij	Naam van de Mij	Naam van de Mij	Polisnummer	Polisnummer	Polisnummer	Polisnummer	Polisnummer	Polisnummer
BURG. AANSPR.	EIGEN SCHADE	BRAND	DIEFSTAL	RECHTSBIJSTAND	INZITT. AUTO															
Naam van de Mij	Naam van de Mij	Naam van de Mij	Naam van de Mij	Naam van de Mij	Naam van de Mij															
Polisnummer	Polisnummer	Polisnummer	Polisnummer	Polisnummer	Polisnummer															
<p>● BEZIT U NOG EEN AANRIJDINGSFORMULIER ? <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja</p> <p>● NUMMER VAN UW POST- OF BANKREKENING</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>			<p>Opgesteld te op 19.....</p> <p>Handtekening</p>																	

* Schrappen wat niet past !