

Schade-Aangifteformulier

Basisgegevens

Verzekeraar		Schadenummer	
Soort verzekering		Relatienummer	
Polisnummer			

1. Verzekeringnemer

Naam		Bankrekening	
Adres		Emailadres	
Postcode		Telefoonnummer	
Woonplaats			
BTW aftrek	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Bent u elders ook voor deze schade verzekerd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zijn bepaalde voorwerpen apart verzekerd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Verzekeraar		Verzekeraar	
Polisnummer		Polisnummer	

2. Schadedatum en omstandigheden

Datum en tijdstip	- - om :
Plaats/adres van de schade	
Schadeoorzaak	
Omschrijving van de toedracht	

3. Beschadigd of vermist

Merk / type e.d	Bouwjaar	Aankoopdatum	Aankoopbedrag	Schadebedrag
		- -	€	€
		- -	€	€
		- -	€	€

Schade herstelbaar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Voor welk bedrag	€
---------------------	--	------------------	---

Wie voert de reparatie uit?

Naam			
Adres			
Postcode			
Woonplaats			
Telefoonnummer			
Gewenste datum voor expertise	- -		
Is de reparatie reeds uitgevoerd? *	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Voor welk bedrag	€

*Nota's en/of schadebegroting bijvoegen

4. Gegevens tegenpartij

Naam	<input type="text"/>	Bankrekening	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>	Emailadres	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Telefoonnummer	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>		
Is de benadeelde zelf voor deze schade verzekerd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	In welke hoedanigheid wordt u aansprakelijk gesteld	<input type="checkbox"/> particulier <input type="checkbox"/> bedrijfsmatig
Bij verzekeraar	<input type="text"/>	Welke schade werd toegebracht	<input type="checkbox"/> persoonlijk letsel <input type="checkbox"/> materiële schade
Polisnummer	<input type="text"/>	In welke relatie staat deze tot u resp. tot de veroorzaker	<input type="text"/>
Is de schade daar gemeld?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		

5. Veroorzaker

Naam	<input type="text"/>	Adres	<input type="text"/>
Postcode / Woonplaats	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>
In welke relatie staat deze tot u	<input type="text"/>	Waarmee werd de schade veroorzaakt?	<input type="text"/>
Zijn er medeschuldigen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Naam	<input type="text"/>	Adres	<input type="text"/>
Postcode / Woonplaats	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>

6. Aangifte en getuigen

Waar is aangifte gedaan?*	<input type="checkbox"/> Politie	Welk bureau?	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Anders, en wel	Waar?	<input type="text"/>
Op welke datum	<input type="text"/>	**Aangifte/verklaring bijvoegen	
Zijn er getuigen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Naam	<input type="text"/>	Adres	<input type="text"/>
Postcode / Woonplaats	<input type="text"/>	Telefoonnummer	<input type="text"/>

7. Slotvraag

Zijn er naar aanleiding van deze schade nog bijzonderheden te vermelden?

8. Ondertekening

Ondertekende verklaart dat hij/zij:
- Dit formulier goed heeft gelezen
- Alle vragen volledig en naar waarheid heeft beantwoord
- Alle informatie en stukken heeft toegevoegd die nodig zijn voor de verzekeraar om de omvang van de schade en het recht op uitkering te kunnen beoordelen
- Akkoord gaat met het vermelden van de schadevermelding in de databank van het Centraal Informatiesysteem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen.
Het privacyreglement van de Stichting CIS is op de registratie van toepassing. Voor meer informatie verwijzen wij u naar www.stichtingcis.nl.

Ik ga akkoord met bovenstaande