

AANGIFTE VAN SCHADE
VVAA SCHADEVERZEKERING
AANSPRAKELIJKHEIDSVZERZEKERING VOOR LETSELSCHADE

Alle vragen s.v.p. nauwkeurig en volledig beantwoorden, zo nodig toelichten.

VERZEKERINGNEMER/MAATSCHAP

Naam en Voorletter(s):	m	v
Adres:		
Postcode:	Woonplaats:	
Telefoon privé:	Zakelijk:	
E-mail:		
Bank- of gironummer:		
Relatienummer Vvaa:	Beroep:	
Aantal leden van de maatschap/praktijk:	Aantal medische werknemers:	
	Aantal niet medische werknemers:	

Naam (van degene, die de schade heeft veroorzaakt):			
Adres:			
Postcode:		Woonplaats:	
Geboortedatum:			
Relatie tot de polishouder:	Werknemer	Maatschapslid	Anders,

TOEDRACHT

Waar heeft de gebeurtenis plaatsgevonden?	
Datum:	Tijdstip:

Toedracht van de gebeurtenis (eventueel met een eenvoudige situatieschets toelichten):

BENADEELDE

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer privé:

Zakelijk:

E-mail:

Geboortedatum:

Waaruit bestaat die schade?

Heeft de benadeelde reeds een klacht of een eis tot schadevergoeding ingediend?

ja

nee

Heeft u verder nog iets mede te delen?

Is er sprake geweest van waarneming van andere praktijk?

ja

nee

Heeft u tijdens de behandeling of operatie assistentie gehad?

ja, door wie

nee

Belangrijk:

Het is vereist brieven, klachten, dagvaardigingen en andere stukken betrekking hebbende op eisen tot schadeloosstelling tegen u aanhangig gemaakt, onverwijld aan VvAA schadeverzekeringen nv door te zenden, zonder enigerlei toezegging aan de benadeelde te doen.

Datum

Plaats

Handtekening

Klik om uw handtekening te uploaden (jpg of png)