

**AANGIFTE VAN SCHADE
VVAA SCHADEVERZEKERING
AANSPRAKELIJKHEIDSVERZEKERING 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: _____

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 \(jpg of png\)](#)