

Schadeaangifte

Verzekering Pleziervaartuigen

Aangifte van schadegeval voor polisnr. _____

Onmiddellijk op te sturen : fax 03/218 32 67 • AG Insurance, Berchemstadionstr 70, 2600 Berchem

Briefwisseling houden met Makelaar
 Verzekerde

Schadegeval nr. : _____ Ontvangen door de Mij op : ___/___/___

Expert, Mr _____ gelast op ___/___/___ door _____

Makelaar n° _____ Benaming : _____

Tel. : _____ ref. : _____

Laatst betaalde premie : ___/___/___

Gelieve alle vragen duidelijk te beantwoorden opdat wij uw belangen optimaal zouden kunnen verdedigen

1 Inlichtingen omtrent de verzekeringnemer

- Naam, voornamen van de verzekeringnemer : _____

Woonplaats : _____

Beroep : _____

B.T.W. : B.T.W.-plichtig ? Ja Neen Zo ja, volledig gedeeltelijk

- Is u eigenaar van het vaartuig ? Ja Neen

of gewone gebruiker van het vaartuig ? Ja Neen

- Kenmerken van het verzekerd vaartuig : Naam : _____

Aard/merk en type/bouwjaar : _____

Motor : merk nummer/bouwjaar : _____

- Is de verzekeringnemer of de gewone gebruiker Ja Neen Zo ja, hetwelk ? _____

titularis van een brevet ? Ja Neen

Was deze aan boord op het ogenblik van Ja Neen

het schadegeval ?

- Datum en uur van het ongeval ? Op ___/___/___ te ___ uur _____ voormiddag

- Plaats van het ongeval ? _____ namiddag

2 Inlichtingen omtrent de derden (desgevallend lijst bijvoegen)

	Derde nr. 1	Derde nr. 2
a. Naam, voornamen, adres :	a. _____ _____ _____	a. _____ _____ _____
b. Bevonden die personen zich aan boord van uw vaartuig ?	b. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	b. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
c. Geleden schade :	c. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	c. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
- stoffelijke (aard en omvang)	_____ _____	_____ _____
- lichamelijke (aard en omvang)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen

- Aantal personen aan boord van uw voertuig op het ogenblik van het ongeval ? _____
- Meent u dat :
 - a. uw persoonlijke aansprakelijkheid betrokken is ? Ja Neen
 - b. de aansprakelijkheid is betrokken van een persoon die, in de zin van het kontrakt, de hoedanigheid heeft van verzekerde ? Ja Neen Zo niet, waarom ? _____
- Mogen wij de derde(n) vergoeden ? Ja Neen Zo niet, waarom ? _____

In te vullen wanneer het een schadegeval betreft in verband met de verzekering "Brand, Diefstal, Verlies en Averij"

- Welk risico betreft het ? (Brand, Diefstal of Verlies en Averij) _____
- Datum en uur van de vaststelling ? Op ___ / ___ / ___ te ___ uur
- Wie deed de vaststelling ? _____
- Hoe ? _____
- Verstrek alle feiten, aanduidingen of vaststellingen nopens de wijze waarop de diefstal werd gepleegd of zou kunnen gepleegd zijn ? Ja Neen _____
- Wegen er vermoedens of verdenkingen op iemand ? Zo ja, op wie ? _____
- Welk is de aard van het gestolen of ingevolge de diefstal of de poging tot diefstal beschadigd vaartuig en op welke datum werd het aangeschaft ? _____
- Op welk bedrag raamt u de schade ? (beknopte beschrijving) _____

In te vullen wanneer het een schadegeval betreft in verband met de verzekering "Rechtsbijstand en Verhaal"- "Kosten van opzoeking, redding, berging en opruiming"

- Aard van de schade (stoffelijke - lichamelijke) Beschrijf ze _____
- Raming van die schade _____
- Gaven de autoriteiten bevel tot berging van het wrak ? Ja Neen

In te vullen wanneer het een schadegeval betreft in verband met de verzekering "Persoonlijke Verzekering van Opvarenden"

Verzekerden betrokken in het schadegeval

	1	2	3
a. Naam en voornamen	_____	_____	_____
b. Geboorteplaats en -datum	_____	_____	_____
c. Woonplaats(gemeente,straat,nr)	_____	_____	_____
d. Beroep of bezigheid	_____	_____	_____
- Bestaat er een verzekering bij een andere maatschappij ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Zo ja,			
a. Welk is deze maatschappij ?	_____	_____	_____
b. Gewaarborgde vergoedingen ?	_____	_____	_____
- Is de verzekerde aangesloten bij een Ziekenkas ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Zo ja, naam en adres	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
- Van welke datum af werden de eerste medische zorgen verleend ?	_____	_____	_____
- Naam en adres van de behandelende geneesheer	_____	_____	_____
- Welke zijn de vooruitzichten in verband met de duur van de geneeskundige behandeling ?	_____	_____	_____
- Is de verzekerde geheel of gedeeltelijk werkongeschikt ?	_____	_____	_____
Sedert welke datum ?	_____	_____	_____

- Welke zijn de gevolgen van het ongeval ? _____
 Voor elk der slachtoffers een geneeskundig getuigschrift bijvoegen dat de aard van de letsels en de vermoedelijke duur van de ongeschiktheid preciseerd.

De meegedeelde persoonsgegevens worden verwerkt door AG Insurance, verantwoordelijke voor de verwerking, met het oog op het beheer van verzekeringsdiensten.

Deze gegevens kunnen meegedeeld worden aan derden voor zover er een gewettigd belang bestaat. De betrokken persoon heeft het recht deze gegevens in te kijken en te verbeteren bij AG Insurance. Bijkomend verklaar ik mij akkoord dat de gegevens die de gezondheid betreffen verwerkt worden door schadebeheerders voor zover de toegang tot die gegevens nodig is voor de uitoefening van hun taken.

Ik, ondergetekende, verklaar dat de voorafgaande antwoorden volledig zijn en met de waarheid overeenstemmen

Opgemaakt te _____ op _____
 Handtekening, _____