

Schadeformulier Algemeen

ASR Schadeverzekering N.V.
Postbus 2072
3500 HB Utrecht

Relatie gegevens

Relatienummer a.s.r.	
Cliëntnummer adviseur	
Schadenummer a.s.r.	
Schadenummer adviseur	
Soort verzekering	<input type="checkbox"/> Aansprakelijkheid particulieren <input type="checkbox"/> Brand particulier <input type="checkbox"/> Bagage/kampeeruitrusting <input type="checkbox"/> Brand zakelijk <input type="checkbox"/> Caravan (ontkoppeld) <input type="checkbox"/> Pleziervaartuigen
Polisnummer(s)	
Pakketnummer	

Verzekeringnemer

Naam	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoon	
Geboortedatum	
Beroep / Bedrijf	
IBAN nummer	N L <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"/>
<i>Vul hier het IBAN in. Het Nederlandse IBAN-nummer is 18 posities lang, u vindt het op een bankafschrift.</i>	
Is er recht op aftrek BTW?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

1. Is de schade al gemeld?

	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, wanneer en aan wie?	

2. Bent u elders tegen deze schade verzekerd?

	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Verzekerd bedrag € <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"/> <input type="text"/>
Maatschappij	
Polisnummer	
Zijn er bepaalde voorwerpen apart verzekerd? (b.v. sieraden, postzegels e.d.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Verzekerd bedrag € <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"/> <input type="text"/>
Zo ja, welke voorwerpen?	
Maatschappij	

3. Schadedatum

Datum	<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"/>
	Tijdstip <input type="text"/>
Plaats / adres van de schade	<input type="text"/>
Zijn er sporen van braak?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Oorzaak van de schade	<input type="text"/>
Omschrijving van de toedracht (Zonodig een situatieschets en/of toelichting op een los blad bijvoegen)	<input type="text"/>

4. Gegevens beschadigde e/o vermiste voorwerpen

Merk, type, naam (eventueel volgnr. op polis)	Frame-/ motorr	Bouwjaar	Aankoopdatum schade	Aankoopbedrag	Schatting v/d
	<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"/>
Glas / Kunststof	<input type="text"/>	x <input type="text"/>	cm <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Dubbel	€ <input type="text"/>	
Is het glas gebroken en/of anderszins defect en zo ja, waaruit bestaat de beschadiging?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee				
Is/wordt de schade hersteld met een ruit van dezelfde soort?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		Nieuwe glassoort <input type="text"/>		
Werden er noodvoorzieningen aan- gebracht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		Voor welk bedrag	€ <input type="text"/>	
Is het pand bewoond?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee				

5. Is de schade herstelbaar?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Voor welk bedrag	€ <input type="text"/>
--	------------------	------------------------

6. Wie voert de reparatie uit?

Naam	<input type="text"/>		
Adres	<input type="text"/>		
Postcode en woonplaats	<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"/>		
Telefoon	<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"/>		
Waar en wanneer kan de schade worden opgenomen?	<input type="text"/>		
Is de reparatie reeds uitgevoerd? (Nota's en/of schadebegroting bijvoegen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Voor welk bedrag	€ <input type="text"/>

7. (Plezier)-vaartuigen

Was het voertuig	<input type="checkbox"/> Varend onder zeil	<input type="checkbox"/> Doorlopend bewoond	<input type="checkbox"/> Verhuurd
	<input type="checkbox"/> Deelnemend aan wedstrijd	<input type="checkbox"/> Varend op de motor	<input type="checkbox"/> Gemeerd

8. Door wie werd de schade veroorzaakt?

Naam	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>

Postcode en woonplaats	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
In welke relatie staat deze tot u (Familie, dienstverband o.i.d.)	<input type="text"/>
Zijn er mede-schuldigen? Zo ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Naam	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Postcode en woonplaats	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
Waarmee werd de schade veroorzaakt?	<input type="text"/>
Waarmee was bovengenoemde bezig toen de schade werd veroorzaakt?	<input type="text"/>

9. Bij welke instantie werd aangifte gedaan?

a.u.b. verklaring van aangifte bijvoegen (Eventueel van hotel, vervoersonder-neming, camping e.d.)	<input type="checkbox"/> Korps Landelijk Politie Diensten (KLPD)	<input type="checkbox"/> Militaire politie, datum	<input type="text"/>
Op welk bureau?	<input type="text"/>		

10. Wie waren getuigen van het gebeurde?

(Volledige namen, adressen en postcodes)	<input type="text"/>
--	----------------------

11. Kan de schade naar uw mening verhaald worden op een ander?

	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja	
Naam	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Postcode en woonplaats	<input type="text"/>
Telefoon	<input type="text"/>
Waarom meent u dat?	<input type="text"/>
Bij welke maatschappij is deze daarvoor verzekerd?	<input type="text"/> Polissnr. <input type="text"/>

12. Schade aan anderen (Aansprakelijkheid)

Overlegging van ontvangen brieven, nota's en dergelijke is absoluut noodzakelijk

In welke hoedanigheid wordt u aansprakelijk gesteld?	<input type="checkbox"/> Particulier	<input type="checkbox"/> Bedrijfsmatig
Welke schade werd toegebracht?	<input type="checkbox"/> Persoonlijk letsel	<input type="checkbox"/> Materiële schade
Wie is de benadeelde?		
Naam	<input type="text"/>	
Adres	<input type="text"/>	
Postcode en woonplaats	<input type="text"/>	
Geboortedatum	<input type="text"/>	
Bank-/postrekeningnummer	N L <input type="text"/>	

Telefoon	<input type="text"/>									
In welke relatie staat deze tot u resp. tot de veroorzaker?	<input type="text"/>									
A.u.b. korte omschrijving van de aard van het letsel e/o materiële schade	<input type="text"/>									
<p><i>Let op: U hoeft ons geen medische informatie te geven. Als onze medische adviseur meer informatie wenst, zal hij dit opvragen. Op deze manier kunnen wij garanderen dat uw informatie vertrouwelijk wordt behandeld, door medewerkers die daar speciaal voor zijn aangewezen.</i></p>										
Waar bevindt zich de getroffen(e) (Naam en adres instelling)	<input type="text"/>									
Is deze benadeelde zelf tegen deze schade verzekerd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee								
Zo ja, bij welke maatschappij is de schade daar gemeld?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Polisnr.	<input type="text"/>						
Is de schade gemeld?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee								

13. Ondertekening

Wij leggen de gegevens van deze schade en uw persoonsgegevens vast bij de Stichting CIS (Centraal Informatie Systeem van in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen). Het maakt niet uit of de schade door uw schuld is ontstaan. Dit doen we om risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Meer informatie en het privacyreglement vindt u op www.stichtingcis.nl.

Als wij informatie over uw gezondheid of een strafrechtelijk verleden van u verwerken, dan houden wij ons aan de regels die hiervoor gelden. In sommige gevallen kan het zijn dat wij uw toestemming hiervoor nodig hebben.

Uw handtekening en verklaring

Ik verklaar:

- dat de informatie die ik hierboven heb ingevuld juist en waar is. En dat ik geen bijzonderheden over deze schade heb verzwegen.
- dat ik dit schadeaangifteformulier en eventuele aanvullende gegevens aan a.s.r. verstrek met de bedoeling de omvang van de schade en het recht op uitkering vast te stellen.
- dat a.s.r. informatie over mijn schade- en verzekeringsverleden mag opvragen bij andere verzekeraars of adviseurs.

Naam	<input type="text"/>									
Datum / plaats	<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"/>
Handtekening	<input type="text"/>									

14. In te vullen door de assurantietussenpersoon

Gemeld aan maatschappij	<input type="checkbox"/> Schriftelijk	<input type="checkbox"/> Telefonisch	Datum	<input type="text"/>						
Bijlage(n)	<input type="checkbox"/> Reparatiebegroting/-nota	<input type="checkbox"/> Bewijs van aangifte	<input type="checkbox"/> Aansprakelijkheid	<input type="text"/>						
Is het verzekerde bedrag voldoende?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee								
Index	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee								
Zo nee, wat zou het moeten zijn	<input type="text"/>									
Wat is de reden van onderverzekering? Toelichting	<input type="text"/>									
Datum / plaats	<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"/>
Handtekening	<input type="text"/>									