

1. Datum aanrijding	Tijd	2. Locatie:	Plaats:	3. Gewonde(n), ook licht gew.
		Land:	Straat:	nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
4. Materiële schade*		5. Getuigen: naam, adres, tel.		
andere voertuigen dan A en B Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		andere objecten dan voertuigen Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		

VOERTUIG A

6. Verzekeringnemer/verzekerde (zie verzekeringspolis)

NAAM:

Voornaam:

Adres: Postc.:

Plaats: Land:

Tel. of e-mail:

7. Voertuig

MOTORRIJTUIG	AANHANGWAGEN
Merk, type	Merk, type
Kenteken/verz. plaat	Kenteken/verz. plaat
Land van registratie	Land van registratie

8. Verzekeringsmaatschappij (zie verzekeringspolis)

NAAM:

Polisnr.:

Groene kaart nr.:

Verzekeringpolis of groene kaart geldig vanaf tot

Agentschap (of tussenpersoon, of makelaar):

NAAM:

Adres: Postc.:

Plaats: Land:

Tel. of e-mail:

Is het voertuig all risks verzekerd?
Nee Ja

9. Bestuurder (zie rijbewijs)

NAAM:

Voornaam:

Geboortedatum:

Adres: Postc.:

Plaats: Land:

Tel. of e-mail:

Rijbewijsnr.:

Categorie (A, B, ...):

Geldig tot:

10. Geef met een pijl de plaats aan waar het voertuig het eerst werd geraakt. →



11. Zichtbare schade aan voertuig A:

.....

.....

14. Mijn opmerkingen

.....

.....

12. TOEDRACHT

↓ Zet een kruis (X) in elk van de betreffende vlakjes, om de schets te verduidelijken ↓

A		B
	<small>* Doorhalen wat niet van toepassing is</small>	
<input type="checkbox"/> 1	* stond geparkeerd/stond stil	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	* verliet een parkeerplaats/opende de deur	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	ging parkeren	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	reed weg van een parkeerplaats, een uitrit, een onverharde weg	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	was bezig een parkeerplaats, een inrit, een onverharde weg op te rijden	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	wilde een rotonde oprijden	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	reed op een rotonde	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	botste op achterzijde, in dezelfde richting en op dezelfde rijstrook rijdend	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	reed in dezelfde richting en op een andere rijstrook	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	veranderde van rijstrook	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	haalde in	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	ging rechtsaf	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	ging linksaf	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	reed achteruit	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	kwam op een rijbaan bestemd voor het tegemoetkomend verkeer	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	kwam van rechts (op een kruising)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	lette niet op een voorrangsteken of een rood licht	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> ←	vermeld het aantal aangekruiste vakjes	→ <input type="checkbox"/>

Te ondertekenen door BEIDE bestuurders
Houdt geen rekening van aansprakelijkheid in; dient uitsluitend voor het vaststellen van identiteit en feitelijke gegevens; bevordert soepele schadeafhandeling

13. Situatieschets van de aanrijding

Goed aangeven: 1. wegsituatie - 2. rijrichting van voertuigen A en B - 3. hun positie op het moment der botsing - 4. verkeersborden - 5. straatnamen (of wegen)

--	--

15. Handtekening bestuurders

.....

VOERTUIG B

6. Verzekeringnemer/verzekerde (zie verzekeringspolis)

NAAM:

Voornaam:

Adres: Postc.:

Plaats: Land:

Tel. of e-mail:

7. Voertuig

MOTORRIJTUIG	AANHANGWAGEN
Merk, type	Merk, type
Kenteken/verz. plaat	Kenteken/verz. plaat
Land van registratie	Land van registratie

8. Verzekeringsmaatschappij (zie verzekeringspolis)

NAAM:

Polisnr.:

Groene kaart nr.:

Verzekeringpolis of groene kaart geldig vanaf tot

Agentschap (of tussenpersoon, of makelaar):

NAAM:

Adres: Postc.:

Plaats: Land:

Tel. of e-mail:

Is het voertuig all risks verzekerd?
Nee Ja

9. Bestuurder (zie rijbewijs)

NAAM:

Voornaam:

Geboortedatum:

Adres: Postc.:

Plaats: Land:


Tel. of e-mail:

Rijbewijsnr.:

Categorie (A, B, ...):

Geldig tot:

10. Geef met een pijl de plaats aan waar het voertuig het eerst werd geraakt. →



11. Zichtbare schade aan voertuig B:

.....

.....

14. Mijn opmerkingen

.....

.....

AANGIFTE VAN ONGEVAL

in te vullen door de verzekeringnemer,
onmiddellijk door te sturen aan ZIJN verzekeraar.

Blad 1/2

<p>DE VERBALISERENDE OVERHEID Werd er proces-verbaal opgesteld? Door wie? Zo mogelijk nummer van het P.V. Heeft de bestuurder van uw voertuig een bloedproef of een andere alcohol- of drugtest ondergaan? Heeft de bestuurder van uw voertuig geweigerd een dergelijke test te ondergaan? De documenten die eventueel door de verbaliserende overheid zijn overgemaakt, dienen aan uw verzekeraar te worden doorgezonden.</p>	<p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>GEBEURLIJKE BIJKOMENDE INLICHTINGEN</p>																		
<p>UW VOERTUIG : Chassisnummer Cilinderinhoud of vermogen Gebruik op het ogenblik van het ongeval Datum en resultaat van de laatste technische keuring</p>																				
<p>DE HERSTELLER : naam en adres Buiten gebruik</p>	<p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja</p>																			
<p>DE AANHANGWAGEN VAN UW VOERTUIG Merk en type Chassisnummer Hoogst toegelaten gewicht (tarra + lading)</p>																				
<p>DE BESTUURDER VAN UW VOERTUIG Is hij gewone bestuurder? In welke hoedanigheid stuurde hij? Geboortedatum?</p>	<p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja werknemer - eigenaar - verwant - vriend - garagehouder*</p>																			
<p>DE B.T.W. Beroep van de eigenaar van het voertuig Wat is zijn registratienummer bij de B.T.W.? Heeft hij het recht de B.T.W. af te trekken met betrekking tot het beschadigde goed? Zo ja</p>	<p><input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja geheel - gedeeltelijk * %</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Alle oplichting of poging tot oplichting van de verzekeringsmaatschappij kan strafrechtelijk vervolgd worden op grond van artikel 496 van het Strafwetboek.</p> </div>																		
<p>DE GEWONDEN (vermeld hun naam, voornaam, adres en telefoonnummer en, zo mogelijk, de aard van hun letsels) In uw voertuig : In het voertuig van derde : Buiten deze voertuigen :</p>																				
<p>ANDERE MATERIELE SCHADE dan aan voertuigen A en B (aard en omvang) Naam en adres van de schadelijders :</p>																				
<p>DE AANSPRAKELIJKHEID : wie is, naar uw mening, aansprakelijk en waarom?</p>																				
<p>VERZEKERINGEN DIE VOOR UW VOERTUIG AFGESLOTEN WERDEN :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 16.6%;">BURG. AANSPR.</th> <th style="width: 16.6%;">EIGEN SCHADE</th> <th style="width: 16.6%;">BRAND</th> <th style="width: 16.6%;">DIEFSTAL</th> <th style="width: 16.6%;">RECHTSBIJSTAND</th> <th style="width: 16.6%;">INZITT. AUTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Naam van de Mij</td> <td>Naam van de Mij</td> <td>Naam van de Mij</td> <td>Naam van de Mij</td> <td>Naam van de Mij</td> <td>Naam van de Mij</td> </tr> <tr> <td>Polisnummer</td> <td>Polisnummer</td> <td>Polisnummer</td> <td>Polisnummer</td> <td>Polisnummer</td> <td>Polisnummer</td> </tr> </tbody> </table>			BURG. AANSPR.	EIGEN SCHADE	BRAND	DIEFSTAL	RECHTSBIJSTAND	INZITT. AUTO	Naam van de Mij	Naam van de Mij	Naam van de Mij	Naam van de Mij	Naam van de Mij	Naam van de Mij	Polisnummer	Polisnummer	Polisnummer	Polisnummer	Polisnummer	Polisnummer
BURG. AANSPR.	EIGEN SCHADE	BRAND	DIEFSTAL	RECHTSBIJSTAND	INZITT. AUTO															
Naam van de Mij	Naam van de Mij	Naam van de Mij	Naam van de Mij	Naam van de Mij	Naam van de Mij															
Polisnummer	Polisnummer	Polisnummer	Polisnummer	Polisnummer	Polisnummer															
<p>BEZIT U NOG EEN AANRIJDINGSFORMULIER ? <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja Opgesteld te op 20.....</p> <p>NUMMER VAN UW POST- OF BANKREKENING</p> <p style="text-align: right;">Handtekening</p>																				
<p>.....</p>																				

* Schrappen wat niet past !