

AANRIJDINGSFORMULIER

1. Datum aanrijding	Uur	2. Localisatie: Plaats:	3. Gewonde(n), ook licht gew. neen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
		Land:	

4. Materiële schade aan

andere voertuigen dan A en B	andere objecten dan voertuigen
neen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	neen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

5. Getuigen: naam, adres, tel,

.....

.....

VOERTUIG A

6. Verzekeringnemer/verzekerde (zie verzekeringsattest)

NAAM:

Voornaam:

Adres:

Postcode: Land:

Tel. of e-mail:

7. Voertuig

MOTORRIJTUIG	AANHANGWAGEN
Merk, type	Kenteken nr.
Kenteken nr.	
Land van inschrijving	

8. Verzekeringsonderneming (zie verzekeringsattest)

NAAM:

Contractnr:

Nr. van groene kaart:

Verzekeringssattest of groene kaart geldig vanaf: tot:

Agentschap (of bureau, of makelaar)

NAAM:

Adres:

..... Land:

Tel. of e-mail:

Is de schade aan het voertuig verzekerd in het contract? neen ja

9. Bestuurder (zie rijbewijs)

NAAM:

Voornaam:

Geboortedatum:

Adres:

..... Land:

Tel. of e-mail:

Rijbewijs nr.

Categorie (A, B, ...):

Rijbewijs geldig tot:

12. TOEDRACHT

▼ Zet een kruis (x) in elk van de betreffende vakjes, om de schets te verduidelijken. ▼

** Schrappen wat niet past*

A		B
<input type="checkbox"/> 1	* stond geparkeerd / stond stil	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	reed weg uit parkeerstand / deed een portier open	<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 parkeerterrein, een inrit, onverharde weg op te rijden	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	wilde een verkeersplein oprijden (rondgaand verkeer)	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	reed op een verkeersplein (rondgaand verkeer)	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	botste op achterzijde, rijdend in dezelfde richting en op dezelfde rijstrook	<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 het voorrangsteken of op het rode licht	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/>	Vermeld het aantal aangekruiste vakjes.	<input type="checkbox"/>

13. Situatieschets van de aanrijding **13.**

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

VOERTUIG B

6. Verzekeringnemer/verzekerde (zie verzekeringsattest)

NAAM:

Voornaam:

Adres:

Postcode: Land:

Tel. of e-mail:

7. Voertuig

MOTORRIJTUIG	AANHANGWAGEN
Merk, type	Kenteken nr.
Kenteken nr.	
Land van inschrijving	

8. Verzekeringsonderneming (zie verzekeringsattest)

NAAM:

Contractnr:

Nr. van groene kaart:

Verzekeringssattest of groene kaart geldig vanaf: tot:

Agentschap (of bureau, of makelaar)

NAAM:

Adres:

..... Land:

Tel. of e-mail:

Is de schade aan het voertuig verzekerd in het contract? neen ja

9. Bestuurder (zie rijbewijs)

NAAM:

Voornaam:

Geboortedatum:

Adres:

..... Land:

Tel. of e-mail:

Rijbewijs nr.

Categorie (A, B, ...):

Rijbewijs geldig tot:

10. Geef met een pijl aan waar het voertuig A het eerst werd geraakt (→)



11. Zichtbare schade aan voertuig A:

.....

.....

14. Mijn opmerkingen:

.....

.....

15. Handtekening bestuurders **15.**

A

B

10. Geef met een pijl aan waar het voertuig B het eerst werd geraakt (→)



11. Zichtbare schade aan voertuig B:

.....

.....

14. Mijn opmerkingen:

.....

.....

De gegevens op dit formulier worden gebruikt om het schadegeval in kwestie te behalen. Ze kunnen worden opgenomen in het RSR-bestand (Speciale Risico's) van Datasur e.s.v., dat zich tot doel stelt risico's correct te analyseren en verzekeringsfraude te bestrijden. Iedere persoon die zijn identiteit aantooft, heeft het recht zich tot Datasur te richten om de gegevens die op hem betrekking hebben, in te zien en/of te laten rechtzetten. Om dat recht uit te oefenen moet deze persoon een gedateerd en ondertekend verzoek, samen met een kopie van zijn identiteitskaart, sturen naar: Datasur, dienst Bestanden, de Meetsplantsoen 29, 1000 Brussel.

AANGIFTE VAN ONGEVAL

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

<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja	GEBEURLIJKE BIJKOMENDE INLICHTINGEN																		
<ul style="list-style-type: none"> • UW VOERTUIG: Chassisnummer Cilinderinhoud of vermogen Gebruik op het ogenblik van het ongeval Datum en resultaat van de laatste technische keuring 	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja																			
<ul style="list-style-type: none"> • DE HERSTELLER: naam en adres 	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja																			
<ul style="list-style-type: none"> • DE AANHANGWAGEN VAN UW VOERTUIG Merk en type Chassisnummer Hoogst toegelaten gewicht (tarra + lading) 																				
<ul style="list-style-type: none"> • DE BESTUURDER VAN UW VOERTUIG Is hij gewone bestuurder? In welke hoedanigheid stuurde hij? Geboortedatum? 	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja werknemer - eigenaar - verwant - vriend - garagehouder *																			
<ul style="list-style-type: none"> • 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, 	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja geheel - gedeeltelijk * %																			
<ul style="list-style-type: none"> • 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: 																				
<ul style="list-style-type: none"> • ANDERE MATERIELE SCHADE dan aan voertuigen A en B (aard en omvang) Naam en adres van de schadelijders: 																				
<ul style="list-style-type: none"> • DE AANSPRAKELIJKHEID: wie is, naar uw mening, aansprakelijk en waarom? 																				
<ul style="list-style-type: none"> • VERZEKERINGEN DIE VOOR UW VOERTUIG AFGESLOTEN WERDEN: <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															
<ul style="list-style-type: none"> • BEZIT U NOG EEN AANRIJDINGSFORMULIER? <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja • NUMMER VAN UW POST- OF BANKREKENING Opgesteld te op 20 																				
Handtekening <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 160px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div>																				

* Schrapen wat niet van toepassing is