

Verzekeringsmaatschappij		Polisnummer	
--------------------------	--	-------------	--

Naam			
Adres			
Postcode / plaats			
Telefoonnummer			
Faxnummer			
E-mail adres			
Beroep		<input type="checkbox"/> Loondienst	
		<input type="checkbox"/> Zelfstandig	
Bankrekeningnummer		<input type="checkbox"/> Ja, aftrek BTW	
		<input type="checkbox"/> Nee, geen aftrek BTW	

Bent u voor deze schade verzekerd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Is de letselschade ontstaan door toedoen van anderen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

Schadedatum		Tijd	
Schadeadres		Postcode / plaats	

Wie heeft de schade veroorzaakt

Naam	
Adres	
Postcode / plaats	
Telefoonnummer	
Faxnummer	
Geboortedatum	

Is de letselschade ontstaan door een ongeval met een motorrijtuig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
--	-----------------------------	------------------------------

Heeft u het merk en kenteken van het schadetoebrengende voertuig kunnen opnemen?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nee
	Merk		
	Kenteken		

Bevond u zich tijdens het ongeval in het door het schadeveroorzaker bestuurde voertuig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
---	-----------------------------	------------------------------

Behoort de schadeveroorzaker tot uw familie of vrienden/kenissen?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nee
	Relatie		

