

Schadeformulier Beroepsaansprakelijkheid

ACL Verzekeringen

Postbus 314

7570 AH OLDENZAAL

Tel. 0541-571179

Polisnummer : _____
Schadenummer : _____
Schadedatum : _____
Naam tussenpersoon : _____ TP-nummer: _____

VERZEKERINGNEMER

Naam verzekeringnemer _____
Adres _____
Postcode/Plaatsnaam _____
Telefoon _____
E-mailadres _____
Naam verzekerde (compagnon of
medewerker die fout heeft gemaakt) _____
Contactpersoon verzekeringnemer _____
Telefoon _____
E-mailadres _____

SCHADE

Naam claimant _____
Wat is uw relatie tot de claimant?
(bijvoorbeeld cliënt of derde) _____

Heeft u een aansprakelijkstelling ontvangen? Nee Ja (s.v.p. bijvoegen)

Zo ja, mondeling of schriftelijk? _____

Zo ja, welke datum? _____

Heeft u een dagvaarding ontvangen? Nee Ja (s.v.p. bijvoegen)

Zo ja, tegen welke datum? _____

Gaat het om een mogelijke (te verwachten)
claim of om een pro forma melding? _____

Datum waarop de fout zou zijn gemaakt? _____

Wanneer werd u bekend met de fout? _____

Zijn er "fatale" termijnen waarmee rekening
dient te worden gehouden? _____

Zou u een beschrijving willen geven van
de relevante feiten en omstandigheden? _____

Acht u zich aansprakelijk voor de schade? Nee Ja
(s.v.p. toelichting eventueel bijvoegen)

Had de fout / schade naar uw mening
voorkomen kunnen worden? Nee Ja

Wat is de omvang van de claim volgens u? € _____

