

SCHADENANZEIGE

KFZ - Versicherung

Versicherungsnehmer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anrede	Titel
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse	Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Wohnort
<input type="text"/>	
Telefonnummer	

<input type="text"/>	
Meldedatum (von Versicherungsnehmer gemeldet)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schaden entdeckt am	um (Uhrzeit)

<input type="text"/>

Versichertes Risiko

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> per Fax	<input type="checkbox"/> per Post
Eingang beim Makler	Weiterleitung am	weitergeleitet von		

Der Eingang der Schadensmeldung muss vom Makler bestätigt werden!

Schaden zu	<input type="checkbox"/> Kraftfahrt-Haftpflicht	<input type="checkbox"/> Vollkasko	<input type="checkbox"/> Teilkasko	Schadensort	<input type="text"/>
Versichertes Fahrzeug	<input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> Krad	<input type="checkbox"/> LKW	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>					
Fabrikat					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Typ	Baujahr	Kennzeichen	Fahrgestell-Nummer		

Schadenursache / Unfallhergang

<input type="text"/>

Skizze über Unfallhergang liegt nicht bei liegt der Schadenmeldung bei

Fahrer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse	Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Führerscheinnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Führerscheinklasse	Führerschein ausgestellt am

Versicherer

<input type="text"/>

Betreuender Makler

<input type="text"/>
<input type="text"/>
VM-Nr.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schadentag	Schadenzeit (Uhrzeit)
<input type="text"/>	
Schaden entdeckt von (Vorname, Name)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vertragsnummer	Schadennummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Der Eingang der Schadensmeldung muss vom Makler bestätigt werden!

Schaden zu	<input type="checkbox"/> Kraftfahrt-Haftpflicht	<input type="checkbox"/> Vollkasko	<input type="checkbox"/> Teilkasko	Schadensort	<input type="text"/>
Versichertes Fahrzeug	<input type="checkbox"/> PKW	<input type="checkbox"/> Krad	<input type="checkbox"/> LKW	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>					
Fabrikat					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Typ	Baujahr	Kennzeichen	Fahrgestell-Nummer		

<input type="text"/>

Geschädigter / Unfallbeteiligter

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse	Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Wohnort
<input type="text"/>	
Telefonnummer	
<input type="text"/>	
Faxnummer	

Weitere Fragen

Enthält der Führerschein des Fahrers Einschränkungen oder Auflagen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende	<input type="text"/>
Hatte der Fahrer in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholhaltige Getränke oder Medikamente/Drogen zu sich genommen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Art+Menge	<input type="text"/>
Ist eine Blutprobe erfolgt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Ergebnis	<input type="text"/> %
Wurde das Fahrzeug mit Wissen und Willen des Versicherungsnehmers benutzt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
War der Fahrer berechtigt zu fahren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Befand sich das Fahrzeug in einem verkehrssicherem Zustand nein ja

Bei „nein“ bitte hier die Angaben warum nicht

Polizeiliche Schadensaufnahme nein ja, Dienststelle Tagebuch-Nr.

Wurde ein Straf-/Bußgeldverfahren eingeleitet oder eine gebührenpflichtige

Verwarnung ausgesprochen nein ja, gegen

Sind Zeugen vorhanden nein ja, folgende

Besteht zwischen Ihnen und dem Geschädigten ein

Beschäftigungsverhältnis nein ja, und zwar

Angaben zum Haftpflicht-Schaden

Versichertes Fahrzeug PKW Krad LKW

Fabrikat

Typ

Baujahr

Kennzeichen

Fahrgestell-Nummer

Schadenhöhe / Beschädigungen

Name(n) der verletzten Person(en)

Adresse der verletzten Person(en)

Art der Verletzungen

Weitere, beteiligte Geschädigte

Werden bereits Ansprüche erhoben nein ja

Werden überhöhte Ansprüche erwartet nein ja

Kasko-Schadenanzeige 1 Eigener Schaden

Wird die VK/TK in Anspruch genommen nein ja

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt nein ja

Sind Sie Eigentümer des versicherten Fahrzeuges nein ja

Wer ist Eigentümer

Jetziger km-Stand

Fahrleistung im letzten Jahr

Bei Diebstahlschäden

War das Fahrzeug ordnungsgemäß abgesichert nein ja Wurden Teile beim versuchten Diebstahl / Einbruch beschädigt nein ja

Stand das Fahrzeug in einer abgeschl. Garage nein ja

Bei Wildschaden: Bescheinigung von Polizei / Förster / Revierinhaber werden benötigt

Sachschaden wie folgt

Voraussichtliche Schadenhöhe Euro

Reparaturkostenrechnung liegt bei folgt

Sachverständiger benötigt nein ja

Sonstiges

Eine evtl. Schadenregulierung soll erfolgen an

Zahlungsart: per Scheck per Bankeinzug

Konto-Nummer

Bank

Bankleitzahl

Vorstehende Angaben sind wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet worden. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, auch wenn dem Versicherer durch sie kein Nachteil entsteht.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Angaben des Maklers/Vertreters

Die beschädigten Sachen wurden besichtigt nein ja, am

von

Schadenangaben treffen zu treffen ungefähr zu treffen nicht zu

Weitere Stellungnahme des Maklers/Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift des Maklers/Vertreters