

Schadenanzeige Motorfahrzeugversicherung

Schadennummer	<input type="text"/>	Policennummer	<input type="text"/>
Versicherer	<input type="text"/>	Kontakt	<input type="text"/>

Versicherungsnehmer

Firma	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/> <input type="text"/>
		E-Mail	<input type="text"/>
		IBAN	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> MWST-pflichtig	

Betroffenes Fahrzeug

(Bitte anhand des Fahrzeugausweises genau beantworten)

Fahrzeugart (PW, LKW etc.)	<input type="text"/>	Kontrollschild	<input type="text"/>
Marke und Typ	<input type="text"/>	Stamm-Nummer	<input type="text"/>

Fahrzeuglenker des versicherten Fahrzeugs

Name	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		
Datum Führerausweis	<input type="text"/>		

Schadenereignis







Wenn ja, bitte leserliche Kopie beilegen

Datum / Zeit (0 - 24)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Amtliche Tatbestandsaufnahme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Adresse	<input type="text"/>		Durch wen? (Polizeidienststelle, Name des Polizisten, Telefon)	<input type="text"/>	

Hergang

(bitte auch ausfüllen, wenn Polizeirapport erstellt wurde)

Bei Kollisionen bitte Skizze erstellen

- Eigenes FZG 
- andere FZG  
- Fussgänger 
- Radfahrer 
- Motorradfahrer 

Halten Sie sich bzw. den Fahrzeuglenker Ihres Fahrzeuges für:

schuldig teilweise schuldig nicht schuldig

Halten Sie die Gegenpartei für:

schuldig teilweise schuldig nicht schuldig

Begründung:

Beschädigung oder Zerstörung des eigenen Fahrzeugs

Welche Teile sind beschädigt?

Schätzung Schadenhöhe (Bitte wenn möglich Fotos beilegen)

Adresse der Werkstatt

Telefon Werkstatt

Es wurde bereits ein Reparaturtermin vereinbart

Datum

Beschädigung oder Zerstörung eines fremden Fahrzeugs*

Fahrzeug Marke und Typ <input style="width: 240px;" type="text"/>	Kontrollschild <input style="width: 240px;" type="text"/>
Haftpflichtversicherer <input style="width: 240px;" type="text"/>	
Adresse des Halters <input style="width: 240px;" type="text"/>	Name des Halters <input style="width: 240px;" type="text"/>
	Telefon / Mobile <input style="width: 120px;" type="text"/> <input style="width: 120px;" type="text"/>
	E-Mail <input style="width: 240px;" type="text"/>
Adresse des Lenkers <input style="width: 240px;" type="text"/>	Name des Lenkers <input style="width: 240px;" type="text"/>
	Telefon / Mobile <input style="width: 120px;" type="text"/> <input style="width: 120px;" type="text"/>
	E-Mail <input style="width: 240px;" type="text"/>

Verletzung oder Tötung von Personen *

Name <input style="width: 240px;" type="text"/>	Telefon / Mobile <input style="width: 120px;" type="text"/> <input style="width: 120px;" type="text"/>
Adresse <input style="width: 240px;" type="text"/>	E-Mail <input style="width: 240px;" type="text"/>
	Arbeitgeber <input style="width: 240px;" type="text"/>
	Verletzung <input style="width: 240px;" type="text"/>
Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals <input style="width: 240px;" type="text"/>	Geburtsdatum <input style="width: 120px;" type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert
	Versicherer / Krankenkasse <input style="width: 240px;" type="text"/>

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen *

Gegenstand	Art des Schadens	Schätzung Schadenhöhe
<input style="width: 415px;" type="text"/>	<input style="width: 315px;" type="text"/>	<input style="width: 180px;" type="text"/>
<input style="width: 415px;" type="text"/>	<input style="width: 315px;" type="text"/>	<input style="width: 180px;" type="text"/>

Eigentümer der betroffenen Sachen:

Betroffene Sache	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>	
Adresse	<input type="text"/>	Telefon / Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		E-Mail	<input type="text"/>	
		MWST-pflichtig	ja	nein

Ergänzungen:

* Bei mehreren betroffenen Personen oder Gegenständen bitte zusätzliches Schadenverzeichnis ausfüllen.

Die unterzeichnete/n Person/en ermächtigt/ermächtigen den Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft, Daten zu bearbeiten, die sich aus der Schadenabwicklung ergeben. Der Versicherungsmakler bzw. die Versicherungsgesellschaft kann im erforderlichen Umfang Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer zur Bearbeitung weiterleiten.

Schadenanzeige ohne Unterschrift

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort und Datum