

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"/>
<input type="checkbox"/> MWST-pflichtig		E-Mail	<input type="text"/>
		IBAN	<input type="text"/>

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

Kontrollschild

Haftpflichtversicherer

Adresse **des Halters**

Name **des Halters**

Telefon / Mobile

E-Mail

Adresse **des Lenkers**

Name **des Lenkers**

Telefon / Mobile

E-Mail

Verletzung oder Tötung von Personen *

Name

Telefon / Mobile

Adresse

E-Mail

Arbeitgeber

Verletzung

Name und Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals

Geburtsdatum

Die verletzte Person ist gegen Unfall versichert

Versicherer / Krankenkasse

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen *

Gegenstand	Art des Schadens	Schätzung Schadenhöhe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input 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

Ort und Datum

Unterschrift