

Schadenanzeige (MF)



Firma/
Name
Str.
Postf.
PLZ/Ort

Kontakt/
Name
Tel.
Fax
Email

Haftpflichtschaden: Ja Nein
Kaskoschaden: Ja Nein
Parkschaden: Ja Nein

Personenschaden: Ja Nein
Sachschaden: Ja Nein

Versicherungsnehmer:

Name:

Adresse:

Kontaktperson, Telefon:

Gesellschaft:

Police Nr.:

AVB / Selbstbehalt:

Lenker:

Geb.dat. / Führerschein

Adresse:

Bank/Post:

Schadendatum:

Schadenort:

Schadenhöhe:

Schadenhergang:

Schuldig: Ja Nein teilweise
Polizeirapport: Ja Nein Erstellt durch: _____
Rechtsschutz: Ja Nein Gesellschaft: _____

Geschädigter:

Vollkasko: Ja Nein; Selbstbehalt:

Schadenhöhe:

Angaben zu den Fahrzeugen:

Versicherungsnehmer:

Kontrollschild:

Art / Marke / Typ / Jg.:

Beschädigungen:

Besichtigungsort:

Zu besichtigen ab:

Geschädigter:

Bemerkungen

Einwilligung: Der/die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass die Versicherungs-Gesellschaft im Zusammenhang mit der Schadenerledigung im erforderlichen Umfang Auskünfte von Dritten (Versicherer, Behörden usw.) einholt und Daten an solche Stellen übermittelt. Personen, welche die Gesellschaft um Auskünfte ersuchen, werden von der/dem Unterzeichnenden von ihrer Geheimhaltungspflicht entbunden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____