

Fax: 02421 / 9110 -11
Service-Hotline: 02421 / 9110 - 0
Email: info@m-assekuranz.de

Versicherungs - Nr.: _____
 Amtliches Kennzeichen: _____

Schadenanzeige

von Versicherungsnehmer

Haftpflicht Vollkasko Teilkasko

Schadennummer: _____

Versicherungsnehmer: _____
 Anschrift: _____
 Telefon: _____ Fax: _____
 Email: _____

Angaben zum Fahrzeug

Fahrzeugart	Hersteller	Typ	Erstzulassung	aktueller Kilometerstand
_____	_____	_____	_____	_____

Vorschäden am Fahrzeug: Nein Ja wenn ja welche?

Angaben zu Schadenzeit, -ort und Fahrer

Wann ereignete sich der Schaden ?	Wochentag	Datum	Uhrzeit
_____	_____	_____	_____
Wo ereignete sich der Schaden ?	(genaue Ortsbeschreibung, falls Ausland Länderkennzeichen angeben)		
_____	_____		
Wer war der Fahrer(in) zum Schadenzeitpunkt? (Falls nicht Dienstwagennutzer)	(Bitte Name, Anschrift, Alter des Fahrers, Telefon-Nr., Email)		
_____	_____		
Standen Sie / der Fahrer unter dem Einfluß von Alkohol oder sonstigen Rauschmitteln?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____	Blutprobe <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
_____	_____	Ergebnis _____ %	
Standen Sie / der Fahrer zur Schadenzeit im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
_____	_____		
Ausstellende Behörde	_____		
Ausstellungsdatum	_____		
Führerscheinklasse	_____		

Angaben zum Unfallgegner

Wer war außer Ihnen / dem Fahrer ihres Fahrzeugs am Unfall beteiligt?	Vorname, Name	Telefon-Nr.
	Straße	
	PLZ, Ort	
Welche Beschädigungen waren am Fahrzeug des Unfallgegners erkennbar? (Bitte möglichst genaue Beschreibung)		
Entstand Personenschaden ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (Namen und Anschriften)	
Kennzeichen des Unfallgegners		
(unbedingt erforderlich)		

Angaben zur Versicherung des Unfallgegners	Versicherungsschein-Nr.	Versicherer
--	-------------------------	-------------

Angaben zum Schaden am Fahrzeug

Welche Schäden sind am Fahrzeug entstanden? (Bitte genaue Beschreibung)	
Vorschäden am Fahrzeug des Unfallgegners:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn ja welche?
Wurde der Schaden polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Behördenanschrift: _____ Aktenzeichen: _____
Sind Ihnen Zeugen des Schadenhergangs bekannt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (tragen Sie bitte Namen und Anschriften ein) _____ _____
Wie ereignete sich der Unfall? Berücksichtigen Sie hierbei insbesondere: - Straßen- und Wetterverhältnisse - Geschwindigkeit - Verkehrsschilder - Bremsstrecke Für eine eventuelle Skizze verwenden Sie bitte die Rückseite. F = Fahrer B = Beteiligter	

Schlussklärung

Alle Fragen habe ich wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet. Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung. Es ist mir bekannt, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.

Ort

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers / Fahrer