

Versicherung:

SCHADENMELDUNG

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Unfall | <input type="radio"/> Rechtsschutz | <input type="radio"/> Haushalt / Eigenheim |
| <input type="radio"/> Kranken | <input type="radio"/> Haftpflicht | <input type="radio"/> Sonst. Sparten |

Versicherungsnehmer	Polizzenummer/Schadennummer:
Telefon	Tag / Uhrzeit des Schadens
Verursacher	Schadensort
Telefon	Arbeitsunfähig <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Voraus. Dauer
Geschädigter	Wird der Unfall nach Ansicht des behandelten Arztes eine bleibende Invalidität zur Folge haben <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Telefon	Vorverletzungen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zeugen	Haben Sie Verletzungen, die nicht durch diesen Unfall verursacht wurden <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Erstversorgung durch	Behördliche Aufnahme durch <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Was wurde vom Schaden betroffen (bzw. ärztlicher Bericht)	Stempel
Alter der Sachen	Voraus. Gesamtkostenaufwand
Schadenursache (eventuell Skizze auf der Rückseite)	
Welche Firmen werden mit der Behebung des Schadens beauftragt?	Sind Sie Unternehmer? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Wenn ja, sind Sie hinsichtlich der beschädigten Sachen zum Vorsteuerabzug berechtigt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> teilweise, zu % <input type="radio"/> nein

Vollmacht

Ich ersuche Sie höflich, der oben genannten Versicherungs AG zu gestatten, in alle diesen Vorfall betreffende Akten bei der zuständigen Behörde (Polizei, Gendarmerie, Gericht, usw.) Einsicht zu nehmen und eine Abschrift anzufertigen.

Ort, Datum

Unterschrift