

Schadenanzeige für die Motorfahrzeugversicherungen

Versicherungsnehmer

Name / Adresse: _____

Versicherer: _____
Policen-Nr.: _____

Kontaktperson / Tel.Nr.: _____
(Versicherungsnehmer)

Zahlungsverbindung Post _____
(Postkonto Nr.)
Bankkonto Nr. / IBAN Nr. _____

Bank/Filiale _____

MwSt-pflichtig nein ja

Schadenereignis

Betroffene Branche: Haftpflicht Vollkasko Teilkasko Unfall Dienstfahrtenkasko

Schadendatum / -zeit / -ort: _____

Ereignis / Hergang: _____

Polizeirapport: ja nein Polizeistelle: _____

Halten Sie sich bzw. den Fahrzeugführer Ihres Fahrzeuges für: schuldig teilweise schuldig nicht schuldig

Fahrzeugangaben

Beschädigte Fahrzeuge:	Eigenes Fahrzeug	Fremdes Fahrzeug
Kontrollschild:	_____	_____
Fahrzeugart:	_____	_____
Marke / Typ:	_____	_____
Beschädigte Teile:	_____	_____
Reparaturkosten ca.:	_____	_____
Standort / Garage:	_____	_____
Tel-Nr.:	_____	_____

Angaben Halter

	Eigenes Fahrzeug	Fremdes Fahrzeug
Halter:	wie Versicherungsnehmer oder folgende Adresse:	
Name / Adresse:	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____



Angaben Lenker

	Eigenes Fahrzeug	Fremdes Fahrzeug
Name / Adresse:	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Geburtsdatum:	_____	_____
Führerausweis seit:	_____	_____

Mitfahrer und Zeugen

Mitfahrer in Ihrem Fahrzeug ankreuzen:

↓ Namen, Vornamen, Adressen, Tel.-Nr. der Mitfahrer und der Zeugen

a) _____

b) _____

Verletzung oder Tötung von Personen (für Haftpflicht- und/oder Unfallversicherung)

	Name und Vorname	Zivilstand	Geb.-Datum	Adresse
a)	_____	_____	_____	_____
b)	_____	_____	_____	_____

	Worin besteht die Verletzung?	Name/Adresse des behandelnden Arztes bzw. Spitals
a)	_____	_____
b)	_____	_____

Beschädigung oder Zerstörung fremder Sachen/Tieren (für Haftpflichtversicherung)

	Welche Sachen sind beschädigt worden?	Name und Adresse des Eigentümers
a)	_____	_____
b)	_____	_____

	Worin besteht die Beschädigung?	Vermutliche Schadenhöhe
a)	_____	_____
b)	_____	_____

Bemerkungen/Unterschriften

Bemerkungen: _____

Unterschrift Versicherungsnehmer _____

Unterschrift Intermakler AG _____

Aufgenommen durch: _____ Ort / Datum _____

Der Versicherte darf ohne Einwilligung der Gesellschaft Schadenersatzansprüche nicht anerkennen. Er ermächtigt den Versicherer zur Einsichtnahme in die amtlichen und medizinischen Akten, sowie Akten des UVG-Versicherers. Er ist ferner damit einverstanden, dass der Versicherer die für die Schadensabwicklung notwendigen Daten an Dritte, namentlich mitbeteiligte Versicherer, weiterleitet und von diesen die erforderlichen Auskünfte einholt.