



Bearbeitet durch (für Rückfragen):

Polizzen-Nr.

Schaden-Nr.

Versicherung

VERSICHERUNGSNEHMER

Familienname, Vorname, Titel bzw. Firmenname

Telefon für Rückfragen

Anschrift: Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür-Nr.

Postleitzahl

Ort

SCHADENDATEN

Schadentag

Uhrzeit

Schadenort

GESCHÄDIGTER

Name, Anschrift und Tel.-Nr.

Art der Verletzung bzw. Art der Beschädigung

Schadenursache, Schilderung des Schadens

Anschaffungsdatum

Anschaffungspreis €

vorraussichtl. Schadenhöhe €

Wo ist die Besichtigung der beschädigten Sachen dezeit möglich?

In welchem Verhältnis standen die Geschädigten zu Ihnen bzw. zum Verursacher?

Sind die Geschädigten mit Ihnen bzw. mit dem Versursacher verwandt oder verschwägert? nein ja

Wen trifft ein Verschulden? (Name/Anschrift)

Liegt ein Verstoß gegen Unfallverhütungsvorschriften vor? ja nein

Hat der Verursacher bereits einen ähnlichen Schaden verursacht?

Besteht für die beschädigte Sache eine: Kasko- Feuer- Diebstahl- Haushalt- Leitungswasser- Transportversicherung

Versicherung Polizen-Nr. Versicherungssumme €

Besteht bezüglich der beschädigten Sachen Vorsteuerabzugsrecht? ja nein teilweise zu: %

Sind Sie mit der Befriedigung der Ersatzansprüche des Verletzten oder Geschädigten vorbehaltlos einverstanden, fall wir es für angezeigt erachten ja nein:

ZEUGEN

Familienname, Vorname, Titel bzw. Firmenname Telefon für Rückfragen

Anschrift: Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür-Nr. Postleitzahl Ort

Bei welchem Gericht ist ein Starfverfahren anhängig? GZ

Welche Behörde hat den Sachverhalt aufgenommen?

Haben Sie einen Anwalt betraut?

SCHLUSSERKLÄRUNG

Die Unterfertigten erklären, die vorstehenden Fragen wahrheitsmäßig beantwortet zu haben. Es ist Ihnen bewußt, daß unrichtige oder irreführende Antworten die Leistungsfreiheit des Versicherers bewirken.

Der Versicherte entbindet die Ärzte, welche ihn behandeln oder behandelt haben, hiermit von der Schweigepflicht.

Die Behörden, die Sozialversicherer sowie die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt werden ermächtigt, der zuständigen Versicherung Akteneinsicht zu gewähren und Auskünfte zu erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift Finanz Consulting GmbH