

Schadenmeldung

Versicherung: _____

- Unfall Rechtsschutz Haushalt/Eigenheim
 Kranken Haftpflicht sonst. Sparten

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

Vollmacht

Ich ersuche Sie höflich, der oben genannten Versicherungs AG zu gestatten, in alle diesen Vorfalle betreffende Akten bei den zuständigen Behörden (Polizei, Gericht, usw.) bzw. Ärzten, Krankenanstalten etc. Einsicht zu nehmen und eine Abschrift anzufertigen.

Ort/Datum

Unterschrift