

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Fairmilienmakler® e.K.
Peter Heckmann
Kurt-Schumacher-Str. 52 • 69514 Laudenbach
Tel.: 06201/68090
Fax: 0800/37 38 39 9
info@fairmilienmakler.de

Persönlicher Ansprechpartner:

<p>Versicherungsnummer: <input type="text"/></p> <p>Versichertes Kfz (Kennzeichen): <input type="text"/></p> <p>Versicherungsunternehmen: <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns Schadennummer bekannt</p> <p><input type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler</p>
<p>Schadenart</p>	<p><input type="checkbox"/> Wildschaden <input type="checkbox"/> (Teile-) Diebstahl / Raub</p> <p><input type="checkbox"/> Brand / Explosion <input type="checkbox"/> Sturm- / Hagelschaden</p> <p><input type="checkbox"/> Kurzschluss <input type="checkbox"/> Glasschaden <input type="checkbox"/> Marderbiss</p> <p><input type="checkbox"/> Elementarschaden <input type="checkbox"/> Vandalismus</p> <p><input type="checkbox"/> Verkehrsunfall</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Kilometerstand des versicherten Fahrzeugs?</p>	<p><input type="text"/> km</p>
<p>Gab/gibt es an dem versicherten Fahrzeug Vorschäden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> repariert <input type="checkbox"/> unrepariert</p>
<p>Schadentag / Uhrzeit</p>	<p><input type="text"/> / <input type="text"/></p>
<p>Wo ist der Schaden eingetreten (Anschrift)?</p>	<p><input type="text"/></p>
<p>Genau Schilderung des Schadenhergangs: Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst bitte angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde - ggf. gesondertes Blatt verwenden.</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 200px; width: 100%;"></div>

Sachschäden - Kasko	<input type="checkbox"/> Fotos anbei <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung anbei <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag anbei <input type="checkbox"/> Rechnung anbei
Art der Beschädigung	<input type="text"/>
Aktueller Standort des Kfz	<input type="text"/>
Geschätzte Schadenhöhe	<input type="text"/> €
Sind Sie Vorsteuerabzugsberechtigter ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bankverbindung (für evtl. Entschädigungszahlungen):	Konto <input type="text"/> bei <input type="text"/> BLZ <input type="text"/> IBAN <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Direktabrechnung mit Reparaturfirma
Zusätzliche Bemerkungen:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Weitere Angaben bei Vollkaskoschäden	
Wer war Fahrzeuglenker zum Schadenzeitpunkt?	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Fahrzeughalter <input type="checkbox"/> abweichend: Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> War die Fahrt vom Versicherungsnehmer genehmigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
War der Fahrzeuglenker zum Schadenzeitpunkt in Besitz einer für das gefahrene Kfz gültigen Fahrerlaubnis ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, Führerscheinklasse: <input type="text"/> seit wann? <input type="text"/> ausstellende Behörde: <input type="text"/> Einschränkungen oder Auflagen: <input type="text"/>
Stand der Fahrzeuglenker unter Drogen- / Alkoholeinfluss ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche und Ergebnis der Untersuchungen? <input type="text"/>
War beim Unfall ein Anhänger vorhanden und/oder am Schadenhergang beteiligt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja amtliches Kennzeichen: <input type="text"/> versichert bei (Gesellschaft): <input type="text"/> Vertragsnummer: <input type="text"/>
Wer den Schaden Ihres Erachtens verursacht?	<input type="checkbox"/> o.g. Fahrzeuglenker <input type="checkbox"/> Unfallgegner <input type="checkbox"/> Sonst. Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Eigenschaft: <input type="text"/>

Welche Zeugen können Sie benennen?	Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/>
Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input type="text"/>
Ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input type="text"/>
Liegt Fahrerflucht vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte nähere Angaben: <input type="text"/>
Abwicklung / Kommunikation	
Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme bei Rückfragen zur Abwicklung des Schadens?	<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="text"/>
Bitte nennen Sie uns die E-Mail-Adresse, Telefon- oder Handy-Nr. usw. die wir zur Kontaktaufnahme verwenden sollen:	<input type="text"/>
Bei telefonischer Abwicklung: Wann sind Sie am Besten erreichbar? Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an.	<input type="text"/>
Hinweis für den Versicherungsnehmer:	Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht. _____ Ort, Datum, Unterschrift
	<input type="checkbox"/> Schadenmeldung ohne Unterschrift, da maschinell erstellt.
Interne Notizen	
Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Rev010 vom 27.03.2017	