

zurück an:

TPSH Versicherungsmakler GmbH
Inselkammerstr. 1
82008 Unterhaching

Tel.: +49 (89) 66550 100

Fax: +49 (89) 66550 200

E-Mail: info@tpsh.de

| | | | |
|--------------------------|--|----------------|--|
| Versicherungsschein-Nr.: | | Vorgangsnummer | |
|--------------------------|--|----------------|--|

1. VERSICHERUNGSNEHMER

| | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------------|--|
| 1.1. Name, Vorname | | | |
| 1.2. Straße, PLZ und Ort | | | |
| 1.3. Telefon / Fax / E-Mail | | | |
| 1.4. Amtliches Kennzeichen | | Amtliches Kennzeichen Anhänger | |
| 1.5. Schadentag / Uhrzeit | | | |
| 1.6. Schadenort | | | |

2. UNFALLHERGANG UND UNFALLSKIZZE

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

3. ALLGEMEINE FRAGEN ZUM SCHADEN

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
| 3.1. Welchem Zweck diente die Fahrt? | <input type="checkbox"/> privat | <input type="checkbox"/> gewerblich |
| 3.2. Wer lenkte das Fahrzeug zum Schadenzeitpunkt? | Name, Vorname | Anschrift |
| | Telefon / Fax / E-Mail | |
| 3.3. Hatte der Fahrer die erforderliche Fahrerlaubnis zur Zeit des Unfalls? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 3.4. Ist der Führerschein am Unfalltag durch die Polizei einbehalten worden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 3.5. Hatte der Fahrer innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholhaltige Getränke oder Medikamente/Drogen zu sich genommen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Wenn ja, welche Menge: |
| 3.6. Ist eine Blutprobe erfolgt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

| | | | |
|---|-----------------------------|--|--|
| 3.7. War das gegnerische Fahrzeug in Bewegung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, geparkt | <input type="checkbox"/> nein, stehend |
| 3.8. Wer hat aus Ihrer Sicht den Unfall verursacht? | | | |

4. POLIZEI

| | | | |
|--|--|--|--|
| 4.1. Fand eine polizeiliche Schadenaufnahme statt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Dienststelle | Aktenzeichen |
| 4.2. Wurde jemand gebührenpflichtig verwarnt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer? | <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer | <input type="checkbox"/> Anspruchsteller |

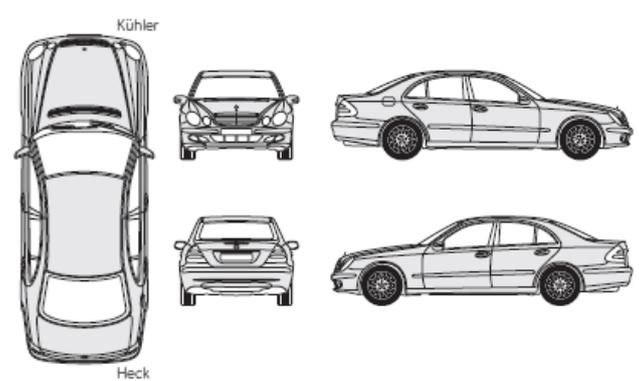
5. ZEUGEN

| | | |
|---------------------|-------------------------------|---|
| 5.1. Gab es Zeugen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wie viele: |
| | Name, Vorname | Anschrift |
| | Name, Vorname | Anschrift |

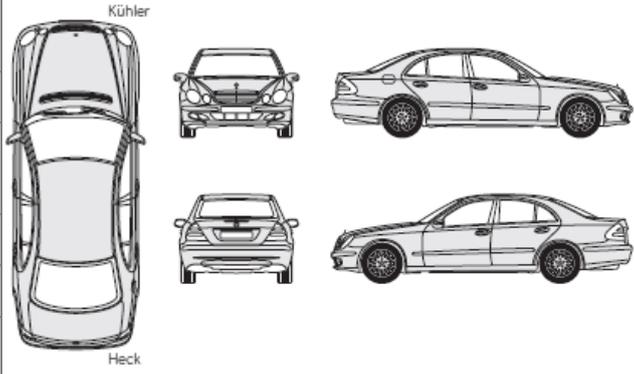
6. PERSONENSCHADEN

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| 6.1. Wurden eine oder mehrere Personen verletzt? (auch im eigenen Fahrzeug) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wie viele: Art der Verletzungen: |
| 6.2. Wer wurde verletzt? | Name, Vorname | Anschrift |
| | Telefon / Fax / E-Mail | |

7. ANSPRUCHSTELLER

| | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|
| 7.1. Name, Vorname | | | <p>Schaden am Fahrzeug des Geschädigten</p>  |
| 7.2. Straße | | | |
| 7.3. PLZ, Ort | | | |
| 7.4. Telefon / Telefax | | | |
| 7.5. E-Mail | | | |
| 7.6. Amtliches Kennzeichen | | | |
| 7.7. Fabrikat | | | |
| 7.8. Sonstige Sachschäden | | | |
| 7.9. Sichtbare Vorschäden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| 7.10. Schadenhöhe ca. € | | | |
| 7.11. Wurden Bilder gemacht? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

8. KASKO-SCHADEN AM EIGENEN FAHRZEUG

| | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|---|
| 8.1. Möchten Sie Ihre Kaskoversicherung in Anspruch nehmen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Schaden an Ihrem Fahrzeug  |
| 8.2. Kann das Fahrzeug besichtigt werden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| 8.3. Wann, Wo? | | | |
| 8.4. Wer kann für einen Termin kontaktiert werden? | Name, Telefon | | |
| 8.5. Schadenhöhe ca. € | | | |
| 8.6. Wurden Bilder gemacht? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| 8.7. Hatte Ihr Fahrzeug nicht reparierte Vorschäden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

9. DIEBSTAHL

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| 9.1. Wann und wo wurde das Fahrzeug abgestellt? | | |
| 9.2. Wo befand sich der Schlüssel zum Zeitpunkt? | | |
| 9.3. Wurden Nachschlüssel angefertigt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 9.4. Hatte Ihr Fahrzeug reparierte Vorschäden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, folgende: |

10. TIERSCHADEN

| | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| 10.1. Art des Tieres | | |
| 10.2. Erfolgte eine Meldung beim Revierinhaber / Jagdberechtigten / Polizei? (Bescheinigung bitte beifügen) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

11. EIGENSCHADENREGULIERUNG

| | | |
|---|--|-----------------------------|
| 11.1. Eine evtl. Schadenregulierung soll erfolgen an: | Name, Vorname | |
| 11.2. Zahlungsart | <input type="checkbox"/> per Überweisung / Bank <input type="checkbox"/> per Scheck | IBAN: BIC: |
| 11.3. Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Die Fragen sind nach bestem Gewissen richtig beantwortet. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können, auch wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entstanden ist.

| | |
|-----------|---|
| Ort/Datum | Unterschrift des Fahrers / Versicherungsnehmers |
|-----------|---|