

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Taufkirchner Versicherungsdienst GmbH

Dorfener Str. 25 • 84416 Taufkirchen/Vils

Tel.: 08084 / 90817-10

Fax: 08084 / 90817-13

info@taufkirchner-versicherungsdienst.de

http://www.versicherung-taufkirchen.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 die 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>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>Wer war Fahrzeuglenker zum Schadenzeitpunkt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Fahrzeughalter</p> <p><input type="checkbox"/> abweichend:</p> <p>Name: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p> <p>War die Fahrt vom Versicherungsnehmer genehmigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>War der Fahrzeuglenker zum Schadenzeitpunkt in Besitz einer für das gefahrene Kfz gültigen Fahrerlaubnis?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja,</p> <p>Führerscheinklasse: <input type="text"/></p> <p>seit wann? <input type="text"/></p> <p>ausstellende Behörde:</p> <p><input type="text"/></p> <p>Einschränkungen oder Auflagen:</p> <p><input type="text"/></p>
<p>Stand der Fahrzeuglenker unter Drogen- / Alkoholeinfluss?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Falls ja, welche und Ergebnis der Untersuchungen?</p> <p><input type="text"/></p>

<p>War beim Unfall ein Anhänger vorhanden und/oder am Schadenhergang beteiligt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja amtliches Kennzeichen: <input type="text"/> versichert bei (Gesellschaft): <input type="text"/> Vertragsnummer: <input type="text"/></p>
<p>Wer hat den Schaden Ihres Erachtens verursacht?</p>	<p><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"/></p>
<p>Genaue Schilderung des Schadenhergangs: Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst bitte angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde - gfls. gesondertes Blatt verwenden.</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 218px; width: 100%;"></div>
<p>Geschädigter/ (vermutlicher) Anspruchsteller Bei mehreren Anspruchstellern bitte gesondert aufnehmen</p>	<p>Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Tel-/Fax-Nr.: <input type="text"/> Handy-Nr.: <input type="text"/> E-Mail: <input type="text"/> Vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p>
<p>Bankverbindung:(für evtl. Entschädigungszahlungen) <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> Erstattung auf das Konto des Kunden, von dem die Beiträge eingezogen werden</p>	<p><input type="checkbox"/> abweichende Bankverbindung Kontoinhaber <input type="text"/> Konto bei <input type="text"/> BLZ <input type="text"/> IBAN <input type="text"/></p>
<p>Welche Zeugen können Sie benennen?</p>	<p>Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/></p>
<p>Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input type="text"/></p>
<p>Ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input type="text"/></p>

Liegt Fahrerflucht vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , bitte nähere Angaben: <input type="text"/>
Zusätzliche Bemerkungen:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sachschäden - Unfallgegner	<input type="checkbox"/> Fotos anbei <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung anbei <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag anbei <input type="checkbox"/> Rechnung anbei
Kennzeichen	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
Fabrikat, Typ und Baujahr	<input type="text"/>
Art der Beschädigung	<input type="text"/>
Aktueller Standort des Kfz	<input type="text"/>
Sofern es sich nicht um ein anderes Kfz handelt geben Sie bitte an um was es sich handelt, Anschaffungspreis und -jahr sowie Art der Beschädigung	<input type="text"/>
Geschätzte Schadenhöhe	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Personenschäden:	<input type="checkbox"/> Arztbericht anbei
Art und Umfang der Verletzung	<input type="text"/>
Behandelnder Arzt oder Krankenhaus	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sachschäden - Vollkasko	<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 Vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<p>Bankverbindung (für evtl. Entschädigungszahlungen):</p>	<p>Konto <input type="text"/></p> <p>bei <input type="text"/></p> <p>BLZ <input type="text"/></p> <p>IBAN <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Direktabrechnung mit Reparaturfirma</p>
<p>Abwicklung / Kommunikation</p>	
<p>Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme bei Rückfragen zur Abwicklung des Schadens?</p>	<p><input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges <input type="text"/></p>
<p>Bitte nennen Sie uns die E-Mail-Adresse, Telefon- oder Handy-Nr. usw. die wir zur Kontaktaufnahme verwenden sollen:</p>	<input type="text"/>
<p>Bei telefonischer Abwicklung: Wann sind Sie am Besten erreichbar? Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an.</p>	<input type="text"/>
<p>Hinweis für den Versicherungsnehmer:</p>	<p>Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.</p> <p>_____</p> <p>Ort, Datum, Unterschrift</p>
	<p><input type="checkbox"/> Schadenmeldung ohne Unterschrift, da maschinell erstellt.</p>
<p>Interne Notizen</p>	
<p>Mitarbeiter: <input type="text"/></p> <p>Datum : <input type="text"/></p> <p>Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben</p> <p><input type="checkbox"/> persönliche Besprechung</p> <p><input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Rev010 vom 28.03.2017</p>	