**Schaden Meldeformular**

**Senden per Mail an** Info@steffen-damaschke.de

**Oder per Fax an 040-74 20 20 21**

**Kunde**

**Name:**   **Geburtsdatum:**

**Vorname:**

**PLZ:**

**Ort:**

**Straße:**

**Telefon:**

**E-Mail:**

**Bankname:**

**Konto / IBAN:**

**BLZ / BIC:**

**Geschädigter**

**Name:**   **Geburtsdatum:**

**Vorname:**

**PLZ:**

**Ort:**

**Straße:**

**Telefon:**

**E-Mail:**

**Bankname:**

**Konto / IBAN:**

**BLZ / BIC:**

**Angaben zum Vorgang**

**Datum / Zeit:**

**PLZ:**

**Ort:**

**Straße:**

**Unfallschilderung / Skizze (ggf. auf einem gesonderten Blatt) // Schadenfotos bitte per Mail:**

|  |
| --- |
|  |

**Bemerkung:**

**Andere beteiligte Personen:**

**Zeugen:**

**Polizeidienstelle:**

**Aktenzeichen:**

**Weitere Angaben bei Sachschäden**

**Beschädigt wurde:**

**Eigentümer:**

**Beschreibung:**

**Anschaffungsdatum:**

**Anschaffungspreis:**

**Voraussichtl. Kosten:**

**Voraussichtl. Dauer:**

**Besichtigung:** bereits erfolgt [ ]  ja [ ]  nein

**Frühere Schäden:**

**Weitere Angaben bei KFZ Schäden**

**Name des Fahrers:**

**Anschrift (Fahrer):**

**Fahrzeug:** Art:

 Herst./Typ:

 Baujahr:

 Kilometer:

 Kennzeichen:

**Anschaffungsdatum:**

**Anschaffungspreis:**

**Vollkasko:**  [ ]  ja [ ]  nein **Selbstbeteiligung:**

**Teilkasko:** [ ]  ja [ ]  nein **Selbstbeteiligung:**

**Weitere Angaben bei Personenschäden**

**Familienstand:**

**Kinder (Alter):**

**Nettoeinkommen:**

**Arbeitgeber:**

**Anschrift AG:**

**Verletzung:**

**Krankenhaus** [ ]  ja [ ]  nein von bis

 Name:

Adresse:

**Arbeitsunfall:** [ ]  ja [ ]  nein

Berufsgenossenschaft:

**Rentenversicherung:** [ ]  ja [ ]  nein

 Rentenanstalt:

**Ich bin damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherungsunternehmen Gutachten und Auskünfte erteilen.**

**Unterschrift des Anspruchstellers**

**Angaben zur Versicherung des Schädigers**

**Bezeichnung:**

**PLZ:**

**Ort:**

**Straße:**

**Falls bekannt Versicherungsscheinnummer / Schadennummer:**

**Hiermit erkläre Ich alle Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht zu haben**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ort** | **Datum** | **Unterschrift** |
|  |  |  |