

Schadenanzeige

Bitte vollständig ausfüllen. Wichtig: Unterschrift nicht vergessen. Unvollständige oder unwahre Angaben führen zum Verlust des Versicherungsschutzes, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Salomon GmbH Tel: 04161-540464

Amtl. Kennzeichen:	Versicherungsgesellschaft:
Anschrift und Telefonnummer des Versicherungsnehmers	Angaben über den Fahrzeuglenker
	Fahrer:
Straße/Nr.:	Straße/Nr.:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Telefonnummer:	Telefonnummer:
Angaben zum Fahrzeug	E-Mail:
Modell:	Geburtsdatum:
	Führerscheindaten
Erstzulassung:	Ausstellende Behörde:
Km-Stand bei Unfall:	Klasse: Ausstellungsdatum:
Wurde der Führerschein aus Anlass dieses Unfalls beschlagnahmt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Alkoholtest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ergebnis: ‰
Fuhr der Fahrzeuglenker mit Ihrem Einverständnis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
In welchem Verhältnis steht der Fahrzeuglenker zu Ihnen?	
<input type="checkbox"/> Dienstfahrt	<input type="checkbox"/> Privatfahrt
Unfalldaten	
Schadensdatum/Uhrzeit:	
Schadensort (mit PLZ und Straßenstelle):	
Polizeiliche Aufnahme:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen?	
Aktenzeichen:	Wer wurde gebührenpflichtig verwarnt?
Unfallzeugen (Namen der Insassen des eigenen Fahrzeuges bitte unterstreichen)	
Name:	Name:
Straße/Nr.:	Straße/Nr.:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Telefonnummer:	Telefonnummer:
E-Mail:	E-Mail:
Schaden am eigenen Fahrzeug	
Welche Teile sind beschädigt/entwendet?	
Schadenshöhe ca.: EUR	Fahrzeug fahrbereit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wann wird das Fahrzeug repariert?	<input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> zu einem späteren Zeitpunkt ca.:
Standort (Werkstatt) des Fahrzeuges:	
Wird ein Mietwagen beansprucht?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Welche Firma hat das unfallbeschädigte Fahrzeug abgeschleppt?	

Bitte beachten: Entwendungs-, Brand- und Wildschäden sind sofort den zuständigen Polizeibehörden zu melden. Bei Wildschäden ist eine Wildbescheinigung zwingend erforderlich.

Schadenanzeige

Bitte vollständig ausfüllen. Wichtig: Unterschrift nicht vergessen. Unvollständige oder unwahre Angaben führen zum Verlust des Versicherungsschutzes, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Salomon GmbH Tel: 04161-540464

Daten Unfallgegners oder sonstigen Sachbeschädigten	
Eigentümer	Fahrzeuglenker
Straße/Nr.:	Straße/Nr.:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Telefonnummer:	Telefonnummer:
E-Mail:	E-Mail:
Angaben zum Fahrzeug	Versicherung:
Modell:	Versicherungsschein-Nr.:
Amtliches Kennzeichen:	Versicherungsgesellschaft:
Erstzulassung:	
Beschädigungen des Fahrzeuges oder der Sache:	
Schadenhöhe: ca. €	
Unfallhergang: Bitte beschreiben Sie den Unfallhergang	
Unfallskizze:	

Verschuldensfrage: <input type="checkbox"/> Eigenverschulden <input type="checkbox"/> Fremdverschulden <input type="checkbox"/> unklar
Wurde ein Anwalt eingeschaltet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welcher:
Sichtverhältnisse: <input type="checkbox"/> sonnig <input type="checkbox"/> bedeckt <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> trüb <input type="checkbox"/> Nebel <input type="checkbox"/> Dämmerung <input type="checkbox"/> Stadtbeleuchtung <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/> Regen <input type="checkbox"/> Schneefall
Straßenzustand: <input type="checkbox"/> Asphalt <input type="checkbox"/> Teer <input type="checkbox"/> Beton <input type="checkbox"/> Kopfsteinpflaster <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> nass <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> Schnee <input type="checkbox"/> Matsch <input type="checkbox"/> Eis

Sonstige Geschädigte/ Personenschaden			
Personenschäden (bei Insassen bitte angeben, in welchem Fahrzeug)			
Name	Geb.Dat.:	Name	Geb. Dat.:
Straße/Nr.:		Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:	
Telefonnummer:		Telefonnummer:	
E-Mail:		E-Mail:	
Beruf:		Beruf:	
Art der Verletzung:		Art der Verletzung:	

Ort, Datum

Unterschrift der Fahrers/ Versicherungsnehmers