

Schadensanzeige Unfall – Seite 1

Personendaten:

Polizzenummer:	
Gesellschaft:	
Kunde:	
Anschrift:	
Vers. Person:	
Telefon:	
E-Mail	

Daten über den Vorfall:

Datum:		Uhrzeit:	
Ort:			
Zeugen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Name, Anschrift der Zeugen:			
Behördl. Aufnahme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Behörde:			

Schadenshergang:

Schildern Sie bitte den Ablauf des Vorfalls.

Unfall bei:	<input type="checkbox"/> Beruf/Weg	<input type="checkbox"/> Verkehr	<input type="checkbox"/> Schule
	<input type="checkbox"/> Freizeit	<input type="checkbox"/> Haus/Garten	<input type="checkbox"/> Sport

