



Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Milkereit & Co. Assekuranzmakler GmbH

Hammfelddamm 4a • 41460 Neuss

Tel.: 02131-228167

Fax: 02131-228166

info@milkereit-co.de

http://www.milkereit-co.de

Persönlicher Ansprechpartner:

Frau Annika Rosellen

Tel.: 02131-228155

Fax: 02131-2281-66

annika.rosellen@milkereit-co.de

<p>Versicherungsnummer: <input type="text"/></p> <p>Versichertes Kfz (Kennzeichen): <input type="text"/></p> <p>Versicherungsunternehmen: <input type="text"/></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt</p> <p><input checked="" 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>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: <input type="text"/></p> <p>Einschränkungen oder Auflagen: <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? <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</p> <p>amtliches Kennzeichen: <input type="text"/></p> <p>versichert bei (Gesellschaft): <input type="text"/></p> <p>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.</p> <p>Name: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p> <p>Eigenschaft: <input type="text"/></p>
<p>Genauere 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: 150px; width: 100%;"></div>
<p>Geschädigter/ (vermutlicher) Anspruchsteller Bei mehreren Anspruchstellern bitte gesondert aufnehmen</p>	<p>Name: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p> <p>Telef./Faxnr.: <input type="text"/></p> <p>Handynr.: <input type="text"/></p> <p>Email: <input type="text"/></p> <p>Vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p>
<p>Bankverbindung: <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</p> <p>Kontoinhaber <input type="text"/></p> <p>Konto bei <input type="text"/></p> <p>BLZ <input type="text"/></p> <p>IBAN <input type="text"/></p>
<p>Welche Zeugen können Sie benennen?</p>	<p>Name: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p>
<p>Ist ein polizeiliches Protokoll aufgenommen worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>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</p> <p>Wenn ja, bitte Behörde und Aktenzeichen nennen: <input type="text"/></p>
<p>Liegt Fahrerflucht vor?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, bitte nähere Angaben: <input type="text"/></p>
<p>Zusätzliche Bemerkungen:</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p><input type="checkbox"/> Sachschäden - Unfallgegner</p>	<p><input type="checkbox"/> Fotos anbei <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung anbei <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag anbei <input type="checkbox"/> Rechnung anbei</p>



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"/> Bei Personenschäden:	<input type="checkbox"/> Arztbericht anbei
Art und Umfang der Verletzung	<input type="text"/>
Behandelnder Arzt oder Krankenhaus	<input type="text"/>
Abwicklung / Kommunikation	
Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme bei Rückfragen zur Abwicklung des Schadens?	<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="text"/>
Bitte nennen Sie uns die E-Mail-Adresse, Telefon- oder Handy-Nr. usw. die wir zur Kontaktaufnahme verwenden sollen:	<input type="text"/>
Bei telefonischer Abwicklung: Wann sind Sie am Besten erreichbar? Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an.	<input type="text"/>
Hinweis für den Versicherungsnehmer:	Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht. _____ Ort, Datum, Unterschrift
	<input type="checkbox"/> Schadenmeldung ohne Unterschrift, da maschinell erstellt.
Interne Notizen	
Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Rev006 vom 28.03.2017	