

Schadenmeldung

Versicherer

Versicherungs-Nummer (bitte stets angeben)

Schaden-Nummer

Haftpflicht Feld 1, 4, 5, 7

Kraftfahrt-Haftpflicht Feld 1, 2, 4, 5, 7

Unfall/Insassen-Unfall Feld 1, 6, 7

Kraftfahrt-Fahrzeug (Kasko) Feld 1, 2, 3, 5, 7

Versicherungsnehmer (Name, Anschrift) Herr/Frau/Firma <hr/>	Schnelle Rückgabe erbeten an <p style="margin-top: 10px;">JODEXNIS Versicherungsmakler GmbH</p> Breite Straße 6 30159 Hannover Fon: 0511/35 39 85-60/-80 Fax: 0511/35 39 85-66/-88
---	--

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,
 Ihre Angaben benötigen wir zu der/den oben angekreuzten Sparte(n).
 Bei kleineren Sachschäden in der Kraftfahrt-Haftpflicht- oder Vollkaskoversicherung kann es für Sie vorteilhaft sein, selbst zu regulieren,
 damit sich ihr Beitrag nicht erhöht.
 Ihr Betreuer berät Sie gern.

Mit freundlichen Grüßen
 Ihre
 JODEXNIS Versicherungsmakler GmbH

1 Zahlungen Scheck erbeten an: (Vor- und Zuname, Anschrift)

(Nicht angeben bei Kraftfahrt-Haftpflicht)

**Schaden-
schilderung**

Tag	Uhrzeit	Ort	

Beteiligte auf Ihrer Seite / Fahrer	Fahrer Ihres Fahrzeuges (Vor- und Zuname, Anschrift)	Geburtsdatum	Telefon - tagsüber -
	Führerscheinklasse/-NR	ausgehändigt am	Sonderausweis für Droschken und Omnibusse
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis
	Hat einer Ihrer Beschäftigten oder eines Ihrer Kinder den Schaden verursacht? Vor- u. Zuname,	Geburtsdatum	Telefon - tagsüber -
Polizei	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	Polizeidienststelle
	Verwarnung/Bußgeld/Anzeige	<input type="checkbox"/> ja, gegen	Blutprobe
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	Tagebuch-Nummer (falls bekannt)
Augen- zeuge	Vor- und Zuname, Anschrift	Telefon - tagsüber -	Telefon - tagsüber -

2	Kennzeichen	Fahrgestellnummer	Erstzulassung lt. Kfz.-Brief	Ist die Fahrt mit Ihrem Wissen und Willen durchgeführt worden?
Eigenes Fahrzeug	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	Hersteller des Fahrzeugs		Typ des Fahrzeugs (Verkaufsbezeichnung)	
(Nur bei Kraftfahrt-Haftpflicht und Kasko)	Verwendungsart	<input type="checkbox"/> Eigenverwendung <input type="checkbox"/> als Droschke <input type="checkbox"/> als Mietwagen	<input type="checkbox"/> als Selbstfahrermietwagen <input type="checkbox"/> im Güternahverkehr <input type="checkbox"/> im	<input type="checkbox"/> im Werknahverkehr <input type="checkbox"/> im Werkfernverkehr <input type="checkbox"/> mit Anhänger
			Güterfernverkehr	Schadenhöhe ca. in Euro
3	Fabriktneu erworben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kaufpreis in Euro	
Schaden am eigenen Fahrzeug (nur bei Kasko)	Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt (Mehrwertsteuer)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Haben Sie eine Rechtschutz-Verkehrs-Service-Versicherung?	Versicherungs-Nummer
	Wo kann die Besichtigung erfolgen? (Name, Anschrift)	Telefon - tagsüber -		
	Hadte das Fahrzeug reparierte oder unreparierte Vorschäden?			Km-Leistung des Fahrzeugs am Schadentag
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Höhe, Umfang, repariert?):			
Nur bei Entwendung angeben	Warder Zündschlüssel abgezogen?	Waren alle Fenster und Türen ordnungsgemäß verschlossen?	War ein Lenkrad-/Lenkerschloß vorhanden und betätigt?	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Welche Sicherungsmaßnahmen ergriffen Sie sonst?			
	Stand Ihr Fahrzeug auf einem bewachten Parkplatz? (Dann bitte Gebührenzettel beifügen.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Befand sich Ihr Fahrzeug in fremdem Gewahrsam (Hotelgarage, Werkstatt...)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4	Vor- und Zuname	Anschrift		
Anspruchsteller	Beruf	Telefon - tagsüber -		
(Nur bei Kraftfahrt-Haftpflicht und Haftpflicht)	Handelt es sich dabei um einen Angehörigen (z. B. Eltern, Kinder, Ehegatten, Pflegekinder usw.)?			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, es handelt sich um			
	Wann wurden Sie persönlich zum erstenmal auf Schadenersatz in Anspruch genommen	Ist der Schaden bei einer Arbeit entstanden, die Ihnen vom Geschädigten übertragen wurde?		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Fremder Personenschaden	Liegt ein Personenschaden vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Stand Verletzte(r) zur Zeit des Unfalls bei Ihnen in Arbeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Welche Verletzungen?			
Fremder Sachschaden	Was ist beschädigt?			
	Wer ist Eigentümer?			
5	Anschrift des Halters	Kennzeichen		
Schaden am fremden Fahrzeug / Unfallbeteiligte (Bei Kraftfahrt-Haftpflicht, Kasko, und Haftpflicht)	Wer ist Versicherer der/des fremden Fahrzeuge(s)?	Versicherungs-Nummer		
6	Welcher Arzt leistete erste ärztliche Hilfe? (Vor- und Zuname)			Datum, Uhrzeit
Unfall / Insassen-Unfall	Anschrift			
	Welche Verletzungen?			
	Welcher Arzt / welches Krankenhaus hat bei Unfallfolge weiterbehandelt?			stationär von bis
	Bei welchem anderen Versicherer besteht noch eine Unfallversicherung? (Name und Anschrift)			
	Versicherungs-Nummer	Versicherungssummen		
Bei Insassen-Unfall angeben	Wieviele Insassen?	Wer von den Kfz.-Insassen war zum Unfallzeitpunkt angeschnallt?		
Schweigepflicht	Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlaßten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiemit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Diese Schweigepflicht-Entbindung gilt auch für Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern - ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.			
7	Es ist mir bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, wenn dem Versicherer			dadurch kein Nachteil entsteht.
Rechtsfolgenhinweis	Ort, Datum	Bei etwaigen Rückfragen bin ich telefonisch - tagsüber - zu erreichen		
Unterschrift	Versicherungsnehmer	Versicherte Person (bei Unfall)		