

Schadensmeldung Mobilität

Versicherungsvertrags-Nr. _____ Schadens-Nr. _____

Versicherungsnehmer	Titel	Vorname	Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> unselbstst. <input type="checkbox"/> selbstst.
Familiennamen			Beruf		Landeswahl	Vorwahl
Straße			Hausnr.	Stiege/Stock/Tür	(Mobil-)Telefon-Nr.	
Land	PLZ	Ort				

Angaben zum eigenen Fahrzeug Kraftfahrzeug nicht zulassungspflichtiges Fahrzeug

Art, Fabrikat, Type			behörl. Kennzeichen		Km-Stand	
Lenker	Titel	Vorname	Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> unselbstst. <input type="checkbox"/> selbstst.
Familiennamen			Beruf		Landeswahl	Vorwahl
Straße			Hausnr.	Stiege/Stock/Tür	(Mobil-)Telefon-Nr.	
Land	PLZ	Ort				
Führerschein-Nr. zur Probe bis		Fahrzeuggruppe	ausstell. Behörde und Datum			
Welchen Zweck hatte die Fahrt? <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> beruflich		War der Versicherungsnehmer mit der Fahrt einverstanden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Hat der Lenker vor Antritt der Fahrt alkoholische Getränke konsumiert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche? _____		

Ereignis

Datum:	Uhrzeit:	Ort:
Art des Schadens:	<input type="checkbox"/> Haftpflichtschaden <input type="checkbox"/> Unfall mit bekanntem KFZ/Fahrrad/E-Bike <input type="checkbox"/> Unfall mit unbekanntem KFZ/Fahrrad/E-Bike <input type="checkbox"/> Unfall mit sonstigem Hindernis <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall <input type="checkbox"/> Vandalismus <input type="checkbox"/> Parkschaden <input type="checkbox"/> Diebstahl/Einbruch	
	<input type="checkbox"/> Hagel <input type="checkbox"/> Sturm <input type="checkbox"/> Sonstige Naturgewalten <input type="checkbox"/> Wildschaden <input type="checkbox"/> Glasbruch <input type="checkbox"/> Windschutzscheiben-Reparatur <input type="checkbox"/> Tierbiss <input type="checkbox"/> Beschädigung Spiegel	

Genauere Schilderung des Ereignisablaufes mit Skizze

Versicherungsvertrags-Nr. _____

Schadens-Nr. _____

Aufnahme des Tatbestandes durch Polizei		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	in:	
Wurde ein Strafverfahren eingeleitet		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Geschäftszahl	
Wer trägt an diesem Ereignis Schuld und warum?					
Besteht bei Wüstenrot eine Rechtsschutzversicherung		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
eine Unfallversicherung		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Zeuge 1 Insasse des eigenen Fahrzeuges <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Titel	Vorname		Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
					<input type="checkbox"/> unselbstst. <input type="checkbox"/> selbstst.
Familiennamen			Beruf		Landeswahl
					Vorwahl
Straße			Hausnr.	Stiege/Stock/Tür	(Mobil-)Telefon-Nr.
Land	PLZ	Ort			

Zeuge 2 Insasse des eigenen Fahrzeuges <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Titel	Vorname		Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
					<input type="checkbox"/> unselbstst. <input type="checkbox"/> selbstst.
Familiennamen			Beruf		Landeswahl
					Vorwahl
Straße			Hausnr.	Stiege/Stock/Tür	(Mobil-)Telefon-Nr.
Land	PLZ	Ort			

Zeuge 3 Insasse des eigenen Fahrzeuges <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Titel	Vorname		Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
					<input type="checkbox"/> unselbstst. <input type="checkbox"/> selbstst.
Familiennamen			Beruf		Landeswahl
					Vorwahl
Straße			Hausnr.	Stiege/Stock/Tür	(Mobil-)Telefon-Nr.
Land	PLZ	Ort			

Angaben zum eigenen Fahrzeug

Welche Teile wurden beschädigt?		Wie hoch ist der Schaden zu schätzen?			
Bei KASKO: Wo und wann ist eine Besichtigung möglich?					

Angaben zum fremden Fahrzeug

Art, Fabrikat, Type			behödl. Kennzeichen		
Kfz-Haftpflichtversicherung bei:			Polizzen-Nr.:		
Welche Teile wurden beschädigt?		Wie hoch ist der Schaden zu schätzen?			
Lenker des fremden Fahrzeuges:	Titel	Vorname		Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft
					<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
					<input type="checkbox"/> unselbstst. <input type="checkbox"/> selbstst.
Familiennamen			Beruf		Landeswahl
					Vorwahl
Straße			Hausnr.	Stiege/Stock/Tür	(Mobil-)Telefon-Nr.
Land	PLZ	Ort			

Halter (wenn nicht Lenker)	Titel	Vorname		Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft
					<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
					<input type="checkbox"/> unselbstst. <input type="checkbox"/> selbstst.
Familiennamen			Beruf		Landeswahl
					Vorwahl
Straße			Hausnr.	Stiege/Stock/Tür	(Mobil-)Telefon-Nr.
Land	PLZ	Ort			

Versicherungsvertrags-Nr. _____

Schadens-Nr. _____

Sonstiger Sachschaden

Was wurde beschädigt?					Wie hoch ist der Schaden zu schätzen?	
Eigentümer	Titel	Vorname	Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> unselbstst. <input type="checkbox"/> selbstst.
Familienname			Beruf		Landeswahl	Vorwahl
Straße			Hausnr.	Stiege/Stock/Tür	(Mobil-)Telefon-Nr.	
Land	PLZ	Ort				

Körperverletzung und/oder Tötung von Personen

1. Name Insasse des eigenen Fahrzeuges <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Titel	Vorname	Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> unselbstst. <input type="checkbox"/> selbstst.	
Familienname			Beruf		Landeswahl	Vorwahl
Straße			Hausnr.	Stiege/Stock/Tür	(Mobil-)Telefon-Nr.	
Land	PLZ	Ort				
Angegurtet/Sturzhelm <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Art der Verletzung				

2. Name Insasse des eigenen Fahrzeuges <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Titel	Vorname	Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> unselbstst. <input type="checkbox"/> selbstst.	
Familienname			Beruf		Landeswahl	Vorwahl
Straße			Hausnr.	Stiege/Stock/Tür	(Mobil-)Telefon-Nr.	
Land	PLZ	Ort				
Angegurtet/Sturzhelm <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Art der Verletzung				

Vorstehende Fragen wurden wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet. Ich ermächtige die Wüstenrot Versicherungs-AG, Erhebungen durchzuführen, Auskünfte aller Art bei Personen und bei Polizei, Gerichten und Verwaltungsbehörden einzuholen, Einsicht in die Akte zu nehmen sowie Abschriften oder Auszüge daraus anzufertigen.

Ort und Datum

Unterschrift des Lenkers (oder)

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Berater:	A	
----------	---	--