

Schadenanzeige für den Geschädigten



Klassiker
bewegen.

OCC Assekurateur GmbH

Wielandstraße 14 b
D - 23558 Lübeck
Tel. +49 - 451 - 8 71 84 - 83
Fax +49 - 451 - 8 71 84 - 983

schaden@occ.eu

www.occ.eu

Geschädigter

Herr Frau Firma

Vor-/Nachname: _____ Firmenname: _____

Straße/Hausnr.: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Fahrzeug

Hersteller: _____ Typ: _____ Fahrgestell-Nr.: _____

Erstzulassung: _____ Kennzeichen: _____ Km-Stand: _____

Versicherung

Versicherung: _____ Versicherungsnummer: _____

Besteht eine Kaskoversicherung, für das beschädigte Fahrzeug? Wenn ja, wo? _____

OCC-Kunde occ-

Kunde/in

Herr Frau Firma

OCC-Versicherungsnummer: _____

Vor-/Nachname: _____ Firmenname: _____

Straße/Hausnr.: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Fahrzeug

Hersteller: _____ Typ: _____ Kennzeichen: _____

Schaden Allgemein

Schadendatum und -uhrzeit: _____

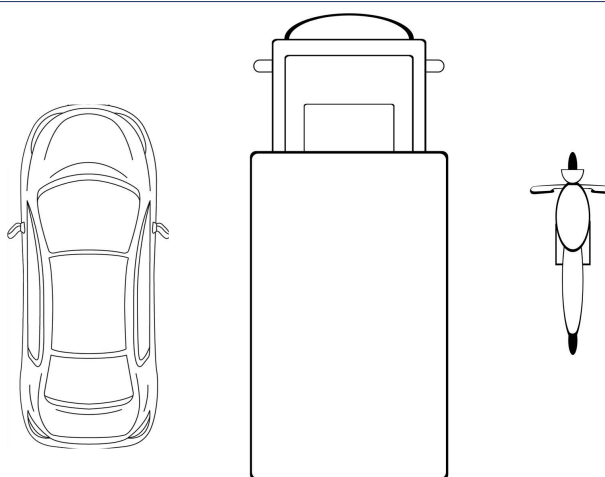
Schadenort (genaue Bezeichnung): _____

Wer trägt nach Ihrer Auffassung die Schuld
an dem Schadenereignis (Vor-/Nachname)? _____

Genauere Schadenschilderung mit Skizze (ggf. auf einem gesonderten Blatt):

Schadensskizze

Bitte kennzeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des ersten Anstoßes.



designed by think

Polizeiliche Aufnahme

Wurde der Schaden/Unfall polizeilich aufgenommen?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte Polizeidienststelle und Aktenzeichen angeben:

Wer hat den Schadenfall beobachtet? **Augenzeugen** (auch Insassen)

Vor-/Nachname: _____

Anschrift: _____

Telefon (tagsüber): _____

Personenschäden

- Wurden Personen bei dem Unfall verletzt? Ja Nein
- Name und Geburtsdatum der verletzten Person/en: _____
- Lebt die verletzte Person mit Ihnen oder dem Fahrer in häuslicher Gemeinschaft? Ja Nein
- Ereignete sich der Schaden auf dem Weg von oder zur Arbeit? Ja Nein
- Hatte die verletzte Person den Sicherheitsgurt angelegt? Ja Nein
- Befand sich die verletzte Person in Ihrem Fahrzeug? Ja Nein
- Art/Umfang der Verletzung/en: _____
- Wurde die verletzte Person in ein Krankenhaus überführt? Ja Nein

Zahlungsinformation

- Wohin soll die Versicherungsleistung überwiesen werden? Kontoinhaber: _____
- IBAN: _____
- BIC: _____
- Ist der Schaden abgetreten?
Wenn ja, an wen (Bank, Werkstatt etc.)? Ja Nein

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____
(Fahrer)

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____
(Fahrzeughalter)

Bitte zurücksenden an:

OCC Assekurateur GmbH
Wielandstraße 14 b
D - 23558 Lübeck