

Schadenanzeige

Sehr geehrter Kunde,

füllen Sie bitte diese Schadenanzeige vollständig und wahrheitsgetreu aus. Die Nichtbeantwortung einzelner Fragen gilt als Verneinung. Die Schadenanzeige ist unverzüglich an die DEMA Deutsche Versicherungsmakler AG, zu senden.

Mit freundlichen Grüßen

DEMA Deutsche Versicherungsmakler-Aktiengesellschaft

1. Versicherungsschein-Nr.:	<hr/> Bitte unbedingt angeben!
2. Wird die Angelegenheit von der Rechtsschutz schon bearbeitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, unter der Schaden-Nr.: _____
3. Wer ist Versicherungsnehmer:	Vor- und Zuname: _____ Anschrift: _____ _____ Beruf: _____ selbstständig tätig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl der Beschäftigten: _____ Telefon: privat _____ dienstlich _____
4. Wer soll Versicherungsschutz erhalten?	<input type="checkbox"/> der Versicherungsnehmer (VN) selbst, <input type="checkbox"/> eine mitversicherte Person, nämlich: Vor- und Zuname: _____ Anschrift: _____ Beruf: _____ Es handelt sich um <input type="checkbox"/> den Ehegatten des VN, <input type="checkbox"/> ein Kind des VN, geb. am: _____ <input type="checkbox"/> einen Arbeitnehmer des VN, <input type="checkbox"/> einen sonstigen Fahrer des versicherten Fahrzeuges, _____
5. Postbankkonto oder Bankverbindung, falls eine Zahlung an Sie in Betracht kommt	Konto-Nr.: _____ bei _____ Bankleitzahl: _____ Kontoinhaber: <input type="checkbox"/> VN, <input type="checkbox"/> _____
6. Wann und wo ereignete sich der Versicherungsfall?	Tag: _____ Uhrzeit: _____ Genaue Ortsangabe: _____
7. Wollen Sie oder die mitversicherte Person eigene Schadenersatzansprüche geltend machen?	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von ungefähr € _____ wegen folgenden Schadens: _____ Bitte Belege beifügen! Name des Schädigers: _____ Anschrift: _____
8. Wollen Sie oder die mitversicherte Person Schadenersatzansprüche der Gegenseite abwehren?	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von ungefähr € _____ wegen: _____ _____ Name des Anspruchstellers: _____ Anschrift: _____
9. Wollen Sie oder die mitversicherte Person sich in einem Straf- oder Bußgeldverfahren verteidigen?	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> möglicherweise, <input type="checkbox"/> ja, es geht um ein Ermittlungsverfahren wegen: _____ Welche Behörde ermittelt? _____ Achten Sie bitte auf die zweiwöchige Einspruchsfrist nach Zustellung des Strafbefehls oder des Bußgeldbescheids!
10. Benötigen Sie oder die mitversicherte Person Versicherungsschutz für eine sonstige Rechtsangelegenheit (also nicht für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen oder die Verteidigung in einem Straf- oder Bußgeldverfahren)?	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, genaue Bezeichnung (z.B. Streit aus Kauf-, Arbeits- oder Mietvertrag, Wiedererteilung der Fahrerlaubnis, Sozialgerichtsverfahren, Beratung usw.): _____ Bitte die Verträge, amtlichen Bescheide und den wesentlichen Schriftwechsel beifügen! Name des Gegners: _____ Anschrift: _____

Bei Versicherungsfällen im Verkehrs- und Fahrzeugbereich bitte zusätzlich ausfüllen:	
11. Welches Fahrzeug führen Sie oder die mitversicherte Person? (Welches Fahrzeug ist Gegenstand der Rechtsauseinandersetzung)	Amtliches Kennzeichen: _____ Fahrzeugart: _____ (bei Lkw: zulässige Nutzlast) Wann auf VN oder Mitversicherten zugelassen: _____ Es handelt sich um <input type="checkbox"/> eine Taxe <input type="checkbox"/> ein Selbstfahrvermietfahrzeug Vollkasko bei: _____ VS.-Nr.: _____ Selbstbeteiligung: _____
12. Auf wessen Namen war das Fahrzeug zugelassen?	Name: _____ Anschrift: _____ seit: _____
13. Wer lenkte das Fahrzeug zur Zeit des Versicherungsfalles?	Name: _____ Anschrift: _____ seit: _____
14. Welchen Führerschein besaß der Fahrzeuglenker?	Klasse: _____ Ausstellungstag: _____ Behörde: _____
15. Fuhr der Fahrer mit Einverständnis des Fahrzeughalters?	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein _____
16. Wieviele Fahrzeuge waren im Zeitpunkt des Versicherungsfalles auf den Namen des Versicherungsnehmers zugelassen?	Anzahl der zugelassenen Fahrzeuge: _____ Anzahl der bei der Gesellschaft versicherten Fahrzeuge: _____
17. Welches Fahrzeug fuhr der Unfallgegner?	Name des Unfallgegners: _____ Anschrift: _____ Amtliches Kennzeichen seines Fahrzeuges: _____ Halter des Fahrzeuges: _____ Seine Haftpflichtversicherung und Versicherungsschein-Nr. _____ _____
18. a) Wie hat sich der Versicherungsfall zugetragen? Wie ist es zu der Streitigkeit gekommen? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
18. b) Welche Zeugen sind vorhanden? _____	
19. Besteht noch eine weitere Rechtsschutzversicherung?	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, für das Fahrzeug <input type="checkbox"/> ja, für den Fahrer <input type="checkbox"/> ja, für den Arbeitgeber <input type="checkbox"/> ja, für den Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> ja, über die Gewerkschaft _____ Name des Versicherungsnehmers: _____ Name des Rechtsschutzversicherers: _____ Versicherungsschein-Nr.: _____
20. a) Haben Sie schon einen Rechtsanwalt beauftragt?	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, Rechtsanwalt _____ Anschrift: _____
b) Überlassen Sie uns die Auswahl des Rechtsanwaltes?	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja
c) Welchen Rechtsanwalt sollen wir für Sie in Ihrem Namen beauftragen?	Rechtsanwalt: _____ Anschrift: _____ _____
Bei Schäden im Ausland kann auf unsere Kosten nur ein Rechtsanwalt im Ausland beauftragt werden!	

_____ Datum

_____ Unterschrift des Versicherungsnehmers (nicht der mitversicherten Person)

Rückfax: 0941/6022-4800