

6. Welche Polizeidienststelle hat den Schaden aufgenommen? Tagebuch-Nr.?

7. Welche Personen waren Augenzeugen?

8. Bei Ansprüchen wegen Sachschäden

a) beschädigt wurde: _____

b) Eigentümer der beschädigten Sache: _____

c) Zustand der beschädigten Sache vor dem Ereignis: _____

d) Art und Umfang der Beschädigungen: _____

e) Anschaffungspreis und –zeit der beschädigten Sache: (Belege beifügen) _____

f) Voraussichtliche Höhe der schadenbedingten Wiederherstellungskosten EUR: _____

g) Voraussichtliche Reparaturdauer: _____

h) Die beschädigte Sache kann besichtigt werden bei: _____

i) Besichtigung ist bereits erfolgt: ja nein durch: _____

Bitte bewahren Sie das Schadengut auf bis zum Abschluß der Sache!

9. Zusätzliche Angaben bei beschädigten Kfz

a) Name und Anschrift des Fahrers _____

b) Fahrzeugart _____ Herst./Typ _____ Baujahr _____ km-Stand _____ Kennz. _____
kw-Zahl _____ Hubraum _____ Anzahl der Vorbesitzer (gemäß Kfz-Brief) _____

c) Fahrzeug war z.Z. des Schadens versichert bei _____

d) Haftpflicht-Vers. _____ Policen-Nr. _____

Vollkasko-Vers. _____ Selbstbeteiligung EUR: _____ Policen-Nr. _____

Teilkasko-Vers. _____ Selbstbeteiligung EUR: _____ Policen-Nr. _____

Verkehrsservice-Vers. _____

10. Bei Ansprüchen wegen Personenschäden

a) Familienstand _____ Zahl/Alter der Kinder _____ mtl. Nettoeinkommen _____

Name des Arbeitsgebers _____

Anschrift des Arbeitgebers _____

b) Unfallunabhängiger Rentenbezug ja nein von monatlich EUR: _____

c) Art und Umfang der Verletzungen _____

d) Krankenhausaufenthalt _____ vom _____ bis _____

Name und Anschrift des Krankenhauses _____

Name und Anschrift der Ambulanz-Ärzte _____

e) Hauskrank geschrieben ja nein vom _____ bis _____

Name und Anschrift des behandelnden Hausarztes _____

f) Krankenkasse der verletzten Person _____

g) Berufsunfall bzw. Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit/Schule ja nein

h) Zuständige Berufsgenossenschaft _____

i) Gesetzliche Rentenversicherung ja nein Rentenanstalt: _____

Ich entbinde hiermit alle mich behandelnden Ärzte von Ihrer Schweigepflicht hinsichtlich des Unfalles und seiner Folgen.

Vollständige und wahrheitsgetreue Beantwortung aller in Frage kommenden Punkte erspart Rückfragen und dient damit der Beschleunigung in der Schadenbearbeitung.

PLZ, Ort und Datum

Unterschrift

bestandsführende Stelle:
S.L.P. Vertriebsservice AG
Gesellschaft für Versicherungsvermittlung, Marketing und Vertriebslogistik
Löfflerstraße 5a – 80999 München – Tel. (0700) 70075724 – E-Mail: info@slpag.de
Kto. 302618089, (BLZ 78020070) Hypovereinsbank, 95011 Hof
Ust-IdNr.: DE202030144
Sitz der Gesellschaft: München HRB: 121246
Vorstand: Christian Sünderwald (Vors.), Andreas Gruschwitz, Christian Henseler
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Bernhard Leitner

Versicherer:
VHV Allgemeine Versicherung AG
VHV-Platz 1, 30177 Hannover
Sitz der Gesellschaft: Hannover
Registergericht: Amtsgericht Hannover, HRB 57331
Ust-IdNr.: DE115658091
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Uwe H. Reuter
Vorstand: Thomas Voigt (Sprecher), Dr. Per-Johan Horgby,
Jürgen A. Junker, Dietrich Werner