

# Schadenanzeige für den Geschädigten



OCC Assekurateur GmbH

Wielandstraße 14 b-c  
23558 Lübeck  
Tel. +49 - 451 - 8 71 84 - 0  
Fax +49 - 451 - 8 13 20 38

trv@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):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

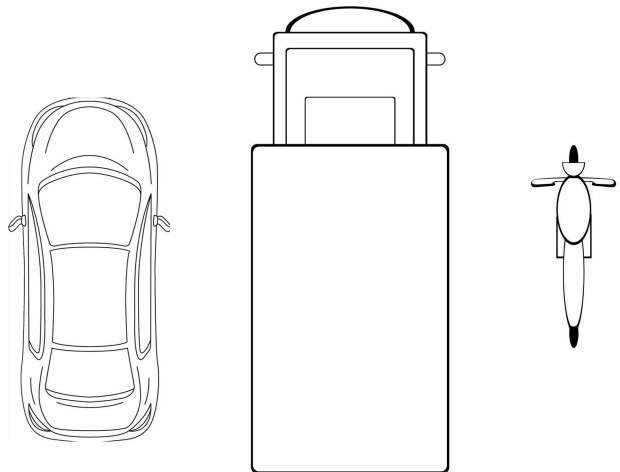
---

---

---

### 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-c  
23558 Lübeck