

Bitte alle Felder sorgfältig ausfüllen, dann ausdrucken und unterschrieben an fairplay24 Hilberstr. 22 45731 Waltrop senden  
oder faxen! Fax: **0 23 09 / 60 09 64**

Versicherungsscheinnummer:

Name des Versicherungsnehmers: Vorname:

Straße:

PLZ: Ort:

Vorwahl Rufnummer

Telefon für Rückfragen:

E-Mail Adresse für Rückfragen:

Schadentag Uhrzeit des Schadeneintritts:

Unfallort /Str. /Hausnr/PLZ/Ort:

Fahrer des Fahrzeugs wenn nicht Versicherungsnehmer :

Führerscheinklasse: Sind Sie Vorsteuer abzugsberechtigt? nein ja

Bitte auswählen, welche Angaben zutreffen:

Schaden wurde verursacht durch:

Schildern Sie bitte den genauen Schadenhergang! Was ist genau passiert.  
  
Sollte der nebenstehende Platz zu Schilderung nicht ausreichen können Sie weiteres auf einem neutralen Blatt notieren und beifügen!

Wie hoch schätzen Sie den Fahrzeugschaden?

Welche Schäden sind an Ihrem Fahrzeug bitte einzeln auflühren:

Welches Fahrzeugmodell fahren Sie: Baujahr: Kilometerstand:

Fahrzeugfarbe:

<b>Nachfolgendes ausfüllen, falls Sie einen Unfallgegner haben !</b>	
Name des Unfallgegner:	Vorname:
Straße +Haus Nr.:	PLZ:                      Ort:
Telefon für Rückfragen:	Vorwahl:                      Rufnummer:
Wie hoch schätzen Sie den Fahrzeugschaden?	□
Welche Schäden sind am Fahrzeug Ihres Unfallgegners bitte einzeln auflühren:	
<b>Wo kann das Fahrzeug des Versicherungsnehmers besichtigt werden(falls erforderlich)?</b>	
Werkstatt:	Strasse/Nr:
PLZ:	Ort:                      Vorwahl:                      Rufnummer:
<b>Wo kann das Fahrzeug des Unfallgegners besichtigt werden(falls erforderlich)?</b>	
Werkstatt:	Strasse/Nr.
PLZ:	Ort:                      Vorwahl:                      Rufnummer:
<b>Bitte prüfen Sie, ob eine Regulierung lohnt oder ob es preiswerter für mich ist, den Schaden selbst zu tragen !</b>	
Ort:	Datum:
<b>Unterschrift Versicherungsnehmer</b>	<b>Unterschrift:</b> <b>(eigenhändig erforderlich)</b>