

SCHADENANZEIGE



ASL
Part of GE Capital Solutions

ASL SCHADENMANAGEMENT

SERVICE-LINE: +49 6102-36 13 05
 FAX: +49 6102-36 12 62
 E-MAIL: insurance.germany@ge.com

Diese Schadenanzeige ist unverzüglich der GE Auto Service Leasing GmbH zuzusenden.

Informationen zum Unfall	Datum: _____ Uhrzeit: _____			
	Straße: _____		Ort: _____	
	Land: _____			
Eigene Angaben	Firmenname: _____			
	Polizeiliches Kennzeichen: _____	Erstzulassung: _____	Kilometerstand: _____	
	Fahrer Nachname/Vorname: _____		Geburtsdatum: _____	
	Adresse: _____		PLZ/Ort: _____	
	Telefon (geschäftl.): _____		Telefon (mobil): _____	
Führerschein Klasse/Nummer: _____			Ausstellungsort/-datum: _____	
Unfallgegner	Firmenname: _____			
	Polizeiliches Kennzeichen: _____	Marke/Typ: _____	Farbe: _____	
	Fahrer Nachname/Vorname: _____		Geburtsdatum: _____	
	Adresse: _____		PLZ/Ort: _____	
	Telefon (geschäftl.): _____		Telefon (mobil): _____	
	Fahrzeughalter Nachname/Vorname: _____			
Adresse: _____		PLZ/Ort: _____		
Versicherung: _____			Vers.-Schein Nr.: _____	
Zeugen	Zeugen Nachname/Vorname: _____			
	Adresse: _____		PLZ/Ort: _____	
Verletzte	Verletzte Nachname/Vorname: _____			
	Adresse: _____		PLZ/Ort: _____	
Polizei	Name und Dienststelle des aufnehmenden Polizeibeamten: _____			
	Tagebuch-Nr.: _____			
Bei Diebstahl-, Einbruch-, Brand- oder Wildschäden ist eine polizeiliche Anzeige erforderlich.				
Details	Einsatz des Fahrzeuges zur Schadenzeit:		Geschäftsfahrt <input type="checkbox"/>	Privatfahrt <input type="checkbox"/>
	Trank der Fahrer in den letzten 12 Stunden Alkohol?		Ja	Nein
	Wurde eine Blutprobe entnommen?		Ja	Nein Ergebnis: %
	Wurde ein Beteiligter gebührenpflichtig verwahrt?		Ja	Nein Wer?
	Wurde Ihr Fahrzeug schon repariert?		Ja	Nein
Wenn ja – in welcher Reparaturwerkstatt?				

Bitte wenden!

