

GERD AUGUSTIN

Schadenanzeige zur KFZ-Versicherung

Telefon: +49 (0) 40 530 36 69 0

Fax: +49 (0) 40 530 36 69 18

Schadennummer:

(Bitte bei jedem Schriftwechsel und jeder Anfrage angeben)

Haftpflicht Kasko Dienstfahrt Privatfahrt
Meldung von VN Anwalt Anspruchsteller Werkstatt Mietwagenunternehmen _____

Versicherer	_____	VS-Nr.	_____	Schaden-Nr. VR:	_____
Schadentag:	_____	Schadenzeit:	_____	Unfallort:	_____
Voraussichtliche Schadenhöhe: _____					

Versicherungsnehmer:	Kunden-Schaden-Nr. _____				
Name:	_____	Vorname:	_____		
Straße:	_____	Wohnort:	_____		

Eigenes Fahrzeug	
Amtliches Kennzeichen	_____ km-Stand _____
Fahrzeughersteller	_____ WKZ _____
Fahrzeugtyp / Modell / Baujahr	_____ Erstzulassung: _____
Bei LKW: Ladung/Gewicht der Ladung: _____	
Fahrer zum Schadenzeitpunkt: (Anschrift/ Tel.) _____	
Führerscheinnummer:	_____ Ausgestellt am: _____
Führerscheinklasse:	_____ Durch: _____
Hatte der Fahrer Alkohol getrunken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie selbst Ansprüche gestellt?	<input type="checkbox"/> ja, bei welchem _____ <input type="checkbox"/> nein

Anspruchsteller (Name, Anschrift): _____	
Amtliches Kennzeichen	_____
Fahrzeugtyp	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> Sonstiges
Modell	_____ Baujahr _____ km-Stand _____
Fahrer zum Schadenzeitpunkt: (Anschrift/ Tel.) _____	
Versichert bei:	_____ VS-Nr. _____

Personenschaden Art der Verletzung: _____

Schadenschilderung (ggfs. gesondertes Blatt verwenden):		<input type="checkbox"/> gesondertes Blatt beigefügt /	<input type="checkbox"/> weitere Skizze
	<input type="checkbox"/> Zusammenstoß <input type="checkbox"/> Wildschaden <input type="checkbox"/> Brandschaden <input type="checkbox"/> Einbruchschaden <input type="checkbox"/> Sturmschaden <input type="checkbox"/> Glasschaden <input type="checkbox"/> Auffahrunfall <input type="checkbox"/> Vorfahrt verletzt <input type="checkbox"/> Panne <input type="checkbox"/> Geparktes Fahrzeug angefahren		
Anzahl beteiligter Fahrzeuge	<input type="checkbox"/> Durch <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> Dritten		
Schaden am Fahrzeug	Fremdschaden		
			
Geschätzte Schadenhöhe	Geschätzte Schadenhöhe		

Bei Diebstahlschäden Fenster geschlossen Türen geschlossen Zündschlüssel abgezogen
 Lenkschloß gesperrt Wegfahrsperre vorhanden

Fahrzeug zu besichtigen bei	Wessen Fahrzeug?	<input type="checkbox"/> VN	<input type="checkbox"/> Anspruchsteller
Werkstatt (Adresse, Ansprechpartner, Telefon/Fax)			

Namen und Anschrift von Zeugen: _____	
Polizeidienststelle: _____	Tagebuch-Nr.: _____
Behörde: _____	Aktenzeichen: _____
Wurde ein Strafverfahren gegen Sie eingeleitet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Zahlung	<input type="checkbox"/> Überweisung auf nachstehendes Konto	<input type="checkbox"/> Verrechnungsscheck
Konto-Nr.: _____	BLZ: _____	
Kontoinhaber: _____		

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt (nach Umsatzsteuergesetz)? ja nein

Ort/ Datum

Unterschrift

Wir weisen darauf hin, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht!