



Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Versicherungsmakler
 Clemens Trenkamp
 Heckenrosenstraße 15 • 49393 Lohne
 Tel.: 04442 / 921307
 Fax: 04442 / 921309
 ct@ctvl.de

Persönlicher Ansprechpartner:

| | |
|---|---|
| <p>Versicherungs-/Schadennummer: <input type="text"/></p> <p>Versichertes Kfz (Kennzeichen): <input type="text"/></p> <p>Versicherungsunternehmen: <input type="text"/></p> | <p><input type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt</p> <p><input type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler</p> |
| <p>Kilometerstand des versicherten Fahrzeugs?</p> | <p><input type="text"/> km</p> |
| <p>Schadentag / Uhrzeit</p> | <p><input type="text"/> / <input type="text"/></p> |
| <p>Wo ist der Schaden eingetreten (Anschrift)?</p> | <p><input type="text"/></p> |
| <p>Wer hat den Schaden verursacht, bzw. wer war Fahrzeuglenker zum Schadenzeitpunkt?</p> | <p><input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Fahrzeughalter</p> <p><input type="checkbox"/> abweichend: Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> War die Fahrt vom Versicherungsnehmer genehmigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> |
| <p>War der Fahrzeuglenker zum Schadenzeitpunkt in Besitz einer für das gefahrene Kfz gültigen Fahrerlaubnis?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, Führerscheinklasse: <input type="text"/> seit wann? <input type="text"/> ausstellende Behörde: <input type="text"/> Einschränkungen oder Auflagen: <input type="text"/></p> |
| <p>Stand der Fahrzeuglenker unter Drogen- / Alkoholeinfluss?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche und Ergebnis der Untersuchungen? <input type="text"/></p> |
| <p>Wurde zum Zeitpunkt des Unfalls ein Anhänger mitgeführt?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> |



Genauere Schilderung des **Schadenhergangs**:
 Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst bitte angeben,
 durch wen oder was der Schaden bekannt wurde - gfls. gesondertes
 Blatt verwenden.

Geschädigter/ (vermutlicher) Anspruchsteller
 Bei mehreren Anspruchsstellern bitte gesondert aufnehmen

Name:

Anschrift:

Tel-/Fax-Nr.:

Handy-Nr.:

E-Mail:

Vorsteuerabzugsberechtigt?
 ja nein unbekannt

Bankverbindung (für evtl. Entschädigungszahlungen):

Konto

bei

BLZ

IBAN

Welche **Zeugen** können Sie benennen?

Name:

Anschrift:

Ist ein **polizeiliches Protokoll** aufgenommen worden?

nein ja

Wenn **ja**, bitte Behörde und Aktenzeichen nennen:

Ist ein **Ermittlungs- oder Strafverfahren** eingeleitet worden?

nein ja

Wenn **ja**, bitte Behörde und Aktenzeichen nennen:

Zusätzliche Bemerkungen:

Sachschäden - Unfallgegner

Fotos anbei Anschaffungsrechnung anbei
 Kostenvoranschlag anbei Rechnung anbei

Kennzeichen

-

Fabrikat, Typ und Baujahr

Art der Beschädigung



| | |
|--|--|
| Aktueller Standort des Kfz | <input type="text"/> |
| Sofern es sich nicht um ein anderes Kfz handelt geben Sie bitte an um was es sich handelt, Anschaffungspreis und -jahr sowie Art der Beschädigung | <input type="text"/> |
| Geschätzte Schadenhöhe | <input type="text"/> € |
| <input type="checkbox"/> Personenschäden: | <input type="checkbox"/> Arztbericht anbei |
| Art und Umfang der Verletzung | <input type="text"/> |
| Behandelnder Arzt oder Krankenhaus | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Sachschäden - Vollkasko | <input type="checkbox"/> Fotos anbei <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung anbei <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag anbei <input type="checkbox"/> Rechnung anbei |
| Art der Beschädigung | <input type="text"/> |
| Aktueller Standort des Kfz | <input type="text"/> |
| Geschätzte Schadenhöhe | <input type="text"/> € |
| Sind Sie Vorsteuerabzugsberechtigt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Bankverbindung (für evtl. Entschädigungszahlungen): | Konto <input type="text"/> bei <input type="text"/> BLZ <input type="text"/> IBAN <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Direktabrechnung mit Reparaturfirma |
| Abwicklung / Kommunikation | |
| Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme bei Rückfragen zur Abwicklung des Schadens? | <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="text"/> |
| Bitte nennen Sie uns die E-Mail-Adresse, Telefon- oder Handy-Nr. usw. die wir zur Kontaktaufnahme verwenden sollen: | <input type="text"/> |
| Bei telefonischer Abwicklung: Wann sind Sie am Besten erreichbar? Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an. | <input type="text"/> |



Hinweis für den Versicherungsnehmer:

Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.

Ort, Datum, Unterschrift.

Rev004 vom 05.05.2015

Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.