

SCHADENSANZEIGE

Kfz-Versicherung

Rücksendung an:

@ schaden@magdeburgerversicherungsmakler.de

+49 (39292)5999-31

Versicherungsnehmer (Name, Anschrift, Tel.):

Meldung von Haftpflcht Kasko Dienstfahrt Privatfahrt
 VN Anwalt Anspruchsteller Werkstatt Mietwagenunternehmen sonstige

Versicherer	<input type="text"/>	VS-Nr.	<input type="text"/>	Schaden-Nr. VR:	<input type="text"/>
Schadentag:	<input type="text"/>	Schadenuhrzeit:	<input type="text"/>	Unfallort:	<input type="text"/>
Voraussichtliche Schadenhöhe in EUR:	<input type="text"/>		<input type="text"/>		

Eigenes Fahrzeug

Amtliches Kennzeichen	<input type="text"/>	km - Stand	<input type="text"/>
Fahrzeughersteller	()	WKZ	<input type="text"/>
Fahrzeugtyp / Modell / Baujahr	<input type="text"/>	Erstzulassung:	<input type="text"/>
Bei LKW: Ladung/Gewicht der Ladung:	<input type="text"/>		
Fahrer zum Schadenzeitpunkt: (Anschrift/ Tel.)	<input type="text"/>		
Führerscheinnummer:	<input type="text"/>	Ausgestellt am:	<input type="text"/>
Führerscheinklasse:	<input type="text"/>	Durch:	<input type="text"/>
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="text"/>	<input type="checkbox"/> nein

Anspruchsteller (Name, Anschrift):	<input type="text"/>
------------------------------------	----------------------

SCHADENSANZEIGE

Kfz-Versicherung

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

Personenschaden	Art der Verletzung:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

- Bei Diebstahlschäden**
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fenster geschlossen | <input type="checkbox"/> Türen geschlossen | <input type="checkbox"/> Zündschlüssel abgezogen |
| <input type="checkbox"/> Lenkschloß gesperrt | <input type="checkbox"/> Wegfahrsperre vorhanden | |

SCHADENSANZEIGE

Kfz-Versicherung

Fahrzeug zu besichtigen bei Wessen Fahrzeug? VN Anspruchsteller

Werkstatt (Adresse, Ansprechpartner, Telefon/Fax)

Namen und Anschrift von Zeugen:

Polizeidienststelle:

Tagebuch-Nr.:

Behörde:

Aktenzeichen:

Wurde ein Strafverfahren gegen Sie eingeleitet?

ja

nein

Zahlung

Überweisung auf nachstehendes Konto

Verrechnungsscheck

Konto-Nr.:

BLZ:

Kontoinhaber:

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt (nach Umsatzsteuergesetz)?

ja

nein

Ort/ Datum

Unterschrift

Wir weisen darauf hin, dass es bei unwahren oder nicht vollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen kann, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht!