

SCHADENSANZEIGE

Kfz-Versicherung



Ihr Magdeburger Versicherungsmakler

Rücksendung an:

@ jahns@magdeburgerversicherungsmakler.de

☎ 49 (391) 509 659-10



Magdeburger Versicherungsmakler GmbH

Bölschestraße 1A

39104 Magdeburg

Versicherungsnehmer (Name, Anschrift, Tel.):

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Meldung von Haftpflicht 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"/> | <input type="text"/> | <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

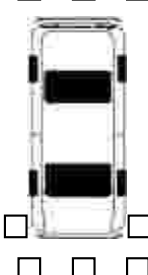
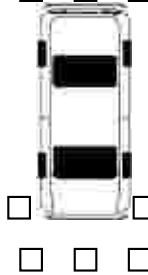
Kfz-Versicherung

mvm

Ihr Magdeburger Versicherungsmakler

| | | | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| 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"/> |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Schadenschilderung (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 | Fremdschaden | <input type="checkbox"/> Geparktes Fahrzeug angefahren | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | Durch | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> VN | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anspruchsteller | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dritten | |
| Geschätzte Schadenhöhe <input type="text"/> EUR | Geschätzte Schadenhöhe <input type="text"/> EUR | | |

Bei Diebstahlschäden

Fenster geschlossen

Türen geschlossen

Zündschlüssel abgezogen

Lenkschloß gesperrt

Wegfahrsperrvorrichtung vorhanden

SCHADENSANZEIGE

Kfz-Versicherung



Ihr Magdeburger Versicherungsmakler

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

| | | | |
|------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Namen und Anschrift von Zeugen: <input type="text"/> | | | |
| Polizeidienststelle: | <input type="text"/> | Tagebuch-Nr.: | <input type="text"/> |
| Behörde: | <input type="text"/> | Aktenzeichen: | <input type="text"/> |
| 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 | |
| IBAN.: | <input type="text"/> | BIC: | <input type="text"/> |
| Kontoinhaber: | <input type="text"/> | | |

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!