



Gerd Augustin GmbH

Versicherungsmakler

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

Fax: +49 (0) 40 630 07 91

KFZ-Schadenanzeige

Schadennummer:
(Bitte bei jedem Schriftwechsel und jeder Anfrage angeben)

Meldung von Haftpflicht Kasko Dienstfahrt Privatfahrt
 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 | |
| Anzahl beteiligter Fahrzeuge | | <input type="checkbox"/> Vorfahrt verletzt | |
| Schaden am Fahrzeug | Fremdschaden | <input type="checkbox"/> Panne | |
|  |  | <input type="checkbox"/> Geparktes Fahrzeug angefahren | |
| Geschätzte Schadenhöhe | Geschätzte Schadenhöhe | Durch | |
| | | <input type="checkbox"/> VN | |
| | | <input type="checkbox"/> Anspruchsteller | |
| | | <input type="checkbox"/> Dritten | |

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

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