

Uwe Hilmann
Versicherungsmakler OHG
Süntelstr. 137
22457 Hamburg
Tel.: (040) 550 11 11

Schadenanzeige Kraftfahrzeug – Kasko

Name des Versicherungsnehmers:

Vertragsnummer :

Straße:

Schadennr.:

Plz, Ort:

Telefon-Nr. (tagsüber):

Angaben zum Kraftfahrzeug

Amtl. Kennzeichen:

Marke:

Fahrgestell-Nr.:

Baujahr:

Gesamtkilometerleistung:

Erstzulassung:

KW/PS:

Fahrzeugart, z.B. Pkw

Angaben zum Schadenereignis

Wann ereignete sich der Schaden?

Datum:

Uhrzeit:

Wo ereignete sich der Schaden ?

Welche Polizeidienststelle hat den Schaden aufgenommen ?

Angaben zum Fahrer

Wer lenkte das Fahrzeug zum Zeitpunkt des Schadens ?

Name, Anschrift, Telefon

Welchen Führerschein besaß der Fahrer zum Zeitpunkt des Schadens ?

Klasse, ausstellende Behörde, Ausstellungsdatum und Nr.

Fuhr er mit ihrem Einverständnis ?

Ja Nein

Stand der Fahrer unter Alkoholeinfluß ?

Ja Nein Ergebnis ‰:

Beging der Fahrer Unfallflucht ?

Ja Nein

Schadenschilderung / Skizze :

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a drawing or sketch. The box is oriented vertically and occupies most of the page's width and height.

Angaben zum Fahrzeugschaden

Beschreiben Sie bitte die Schäden an Ihrem Fahrzeug:

Wie hoch beziffern Sie den Gesamtschaden ?

Wo und wann kann das Fahrzeug besichtigt werden ?

Waren fremde Fahrzeuge an dem Unfall beteiligt ? Wenn ja, geben Sie bitte Namen und Anschrift der Beteiligten an.

Bitte nur ausfüllen bei Teilentwendung

War das Kraftfahrzeug gegen Diebstahl gesichert ?

Ja Nein

Bitte nur ausfüllen bei Brandschäden

Was war die Ursache des Brandes ? Von wem und wie wurde der Brand gelöscht ?

Bitte nur ausfüllen bei Wildschäden

Um welches Tier handelte es sich und gab es einen Zusammenstoß ?

Falls nicht bei der Polizei, bei welchem Forstamt wurde der Schaden gemeldet ?

Allgemeine Angaben

Bitte geben Sie Name, Adresse und Telefon.Nr. von evtl. vorhandenen Zeugen an.

Sind Sie zum Vorsteuerabzug berechtigt ?

Ja Nein

An wen und auf welches Konto soll eine Zahlung erfolgen ?

Zahlungsempfänger

Bank

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer