

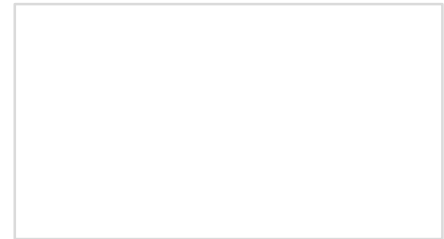
arr Schadenmanagement



Fax-Nr.: 0211 / 49 140 – 999

Schadenanzeige

Teilkasko Vollkasko



Stempel Autohaus

zu Kennzeichen _____ - _____

Name Sachbearbeiter: _____

I. Halter/Auftraggeber

Vorsteuerabzug ja nein

Telefonnummer: _____ E-Mail _____

Versicherungskarte: ja, wenn nein: Name Vers.: _____

Vers.-Nr.: _____ SB: _____ EUR SB anfordern ja nein

Zulassungsbescheinigung Werkstattauftrag/Rechnung Vollmacht Abtretung

II. Unfallangaben

polizeiliche Unfallmitteilung ja, **wenn nein:**

Unfallort _____ Datum _____ Zeit _____

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sonne | <input type="checkbox"/> Regen | |
| <input type="checkbox"/> Nebel | <input type="checkbox"/> Schnee | |
| <input type="checkbox"/> Parkunfall | <input type="checkbox"/> Überholen | <input type="checkbox"/> Vorfahrtsverletzung |
| <input type="checkbox"/> Auffahrunfall | <input type="checkbox"/> Spurwechsel | <input type="checkbox"/> Rotlichtverstoß |
| <input type="checkbox"/> Wildschaden | <input type="checkbox"/> Glasschaden | <input type="checkbox"/> Brandschaden |
| <input type="checkbox"/> Einbruchschaden | <input type="checkbox"/> Sturmschaden | |

Unfallschilderung,
Name und Adresse
evtl. Zeugen

Hinweis: Die Fragen sind nach dem besten Wissen und Gewissen richtig beantwortet. Der Auftraggeber wurde darauf hingewiesen, dass er die Reparaturkosten einschließlich Mehrwertsteuer selbst zu tragen hat, sofern diese nicht in voller Höhe vom eigenen Kaskoversicherer ausgeglichen werden. Die eventuell bestehende Selbstbeteiligung zahlt der Auftraggeber unmittelbar an die Reparaturwerkstatt.

_____, den _____
Ort, Datum

Unterschrift des Auftraggebers