

Fax-Schadenmeldung an Schadenleitstelle

Rückruf zugesagt
von _____ bis _____

VS-Nr. _____		AG-Nr. _____		aufgenommen am _____		Uhrzeit _____				
Schadennummer _____				Eingang bei ZN/VD _____		Uhrzeit _____				
<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> VK <input type="checkbox"/> SB		Meldung durch _____		<input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Werkstatt <input type="checkbox"/> Mietwagenuntern. <input type="checkbox"/> Anwalt						
Schadeneintritt				Unfallort: Straße _____						
Datum _____		Uhrzeit _____		PLZ, Ort _____						
Name des Anrufers _____				Entf. zw. Schaden- u. Wohnort größer als 50 km <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Versicherungsnehmer										
Name _____				<input type="checkbox"/> Zusammenstoß		<input type="checkbox"/> Wildschaden				
Str./Nr. _____				<input type="checkbox"/> Brandschaden		<input type="checkbox"/> Einbruchschaden				
PLZ/Ort _____				<input type="checkbox"/> Sturmschaden		<input type="checkbox"/> Glasschaden				
Telefon tagsüber _____		Telefon privat _____		<input type="checkbox"/> Auffahrunfall		<input type="checkbox"/> Geparktes Fahrzeug angefahren				
Telefon am Schadenort _____				<input type="checkbox"/> Vorfahrt verletzt		<input type="checkbox"/> Panne				
Amtliches Kennzeichen _____				<input type="checkbox"/> Sonstiges _____						
Fahrzeugtyp <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Lkw <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> Sonstiges _____				Durch <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> ASt <input type="checkbox"/> Dritten						
<input type="checkbox"/> Wohnanhänger <input type="checkbox"/> Gepäckanhänger <input type="checkbox"/> Bootstrailer				Anzahl beteiligter Fahrzeuge _____						
Modell _____		Baujahr _____		km-Stand _____		Bemerkungen _____				
Name des Fahrers _____										
Geburtsdatum des Fahrers _____				Führerscheinklasse _____						
VK Euro	oSB	150	300	500	1000	2500	Sonst.	TK Euro	oSB	150
		153	332	511	1022	2556				153
Anspruchsteller (ASt)										
Name _____				Kfz-ASt _____						
Str./Nr. _____										
PLZ/Ort _____										
Telefon tagsüber _____		Telefon privat _____								
VK Euro	oSB	mSB		Sonst.	TK Euro	oSB		Geschätzte Schadenhöhe _____ Euro		
Versichert bei _____				Kfz-VN _____						
VS-Nr. _____										
Amtliches Kennzeichen _____										
Fahrzeugtyp <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Lkw <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> Sonstiges _____										
Modell _____				Geschätzte Schadenhöhe _____ Euro						
Baujahr _____		km-Stand _____		Voraussichtliche Haftung _____ %						
Das Fahrzeug kann besichtigt werden										
Wessen Fahrzeug? <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> ASt				<input type="checkbox"/> Gültige Fahrerlaubnis		<input type="checkbox"/> Vorsteuerabzugsberechtigt				
Beim Schadenschnelldienst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> Alkohol		<input type="checkbox"/> Sicherungsschein				
Werkstatt _____				<input type="checkbox"/> ASt Sicherheitsgurt/Helm		<input type="checkbox"/> Nutzungsausfall vereinbart				
Adresse _____				<input type="checkbox"/> Vorschaden _____ Euro						
Telefon _____				<input type="checkbox"/> Personenschaden _____						
Fax _____				<input type="checkbox"/> Polizeilich aufgenommen		<input type="checkbox"/> MW-Anspruch Klasse _____				
				<input type="checkbox"/> Zeugen _____						
				<input type="checkbox"/> RA eingeschaltet		<input type="checkbox"/> Carpartner stellt Mietwagen				
				<input type="checkbox"/> SV durch ASt eingeschaltet		<input type="checkbox"/> Schadenanzeige folgt unaufgefordert				
Terminvereinbarung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				SV beauftragt am _____						
Name des SV _____				Reg.-Nr. _____						



Unterschrift Vermittler _____

Unterschrift VN/Fahrer ASt (bei persönlicher Meldung) _____