

# SCHADENSANZEIGE

Kfz-Versicherung



Ihr Bürger Versicherungs

## Rücksendung an:

@ service@vam-burg.de

📞 49 (3921) 9769 407



VAM Versicherungsmakler GmbH

Bahnhofstraße 3

39288 Burg

### Versicherungsnehmer (Name, Anschrift, Tel.):

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

Meldung von  Haftpflcht  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"/> |                 |                      |

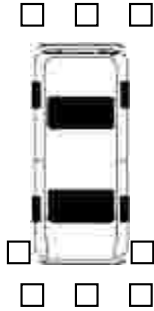
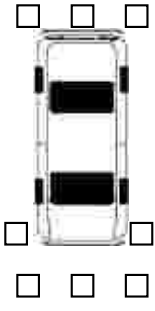
### Eigenes Fahrzeug

|   |   |                               |                      |
|---|---|-------------------------------|----------------------|
| 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:<br>(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"/> |
|------------------------------------|----------------------|

|   |                              |                              |  |
|---|------------------------------|------------------------------|--|
| 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:<br>(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"/> |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Schadenschilderung</b> (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   |  |  |
| Anzahl beteiligter Fahrzeuge <input type="text"/>                                   | <input type="checkbox"/> Vorfahrt verletzt   |  |  |
| <b>Schaden am Fahrzeug</b>  | <b>Fremdschaden</b>  | <input type="checkbox"/> Panne                       | <input type="checkbox"/> Geparktes Fahrzeug angefahren |
|  |  | <b>Durch</b>   | <input type="checkbox"/> VN                            |
|   |  | <input type="checkbox"/> Anspruchsteller             | <input type="checkbox"/> Dritten                       |
| Geschätzte Schadenhöhe <input type="text"/> EUR                                     | Geschätzte Schadenhöhe <input type="text"/> EUR                                      |  |  |

**Bei Diebstahlschäden**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fenster geschlossen | <input type="checkbox"/> Türen geschlossen       | <input type="checkbox"/> Zündschlüssel abgezogen |
| <input type="checkbox"/> Lenkschloß gesperrt | <input type="checkbox"/> Wegfahrsperre vorhanden |  |

|   |                  |                             |  |
|---|------------------|-----------------------------|--|
| <b>Fahrzeug zu besichtigen bei</b>                | 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!