

Schadenanzeige KFZ-Kaskoschäden

Versicherungsgesellschaft: _____

Vers.-Schein-Nr.: _____

Schaden-Nr.: _____

Kennzeichen: _____

ANTHROVITA GmbH & Co. KG

Geschäftsführer: Michael Hey-Stöcken

Versicherungsmakler

Steinberg 6a

21755 Hechthausen

Telefon 0 47 74 – 12 98

Telefax 0 47 74 – 92 14

E-Mail: info@anthrovita.de

Internet: www.anthrovita.de

Neu: Unsere konsequent nachhaltige
Produktlinie **Green Compact** finden
Sie unter www.greencompact.net

Beantworten Sie bitte die Fragen eingehend und wahrheitsgemäß. Soweit der Raum nicht ausreicht, bitte ein Beiblatt verwenden.

1. Schadenart:

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wildschaden | <input type="checkbox"/> (Teile-) Diebstahl/Raub | <input type="checkbox"/> Brand/Explosion | <input type="checkbox"/> Sturm-/Hagelschaden |
| <input type="checkbox"/> Kurzschluss | <input type="checkbox"/> Glasschaden | <input type="checkbox"/> Marderbiss | <input type="checkbox"/> Elementarschaden |
| <input type="checkbox"/> Vandalismus | <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall | <input type="checkbox"/> _____ | |

2. Was ist Ihr aktueller Kilometerstand?

_____ km

3. Gab/gibt es an Ihrem versicherten Fahrzeug Vorschäden? nein ja repariert unrepariert

4. Wann hat sich der Schaden ereignet? Am _____ um _____ Uhr

5. Wo ist der Schaden eingetreten (Anschrift)?

6. Genaue Schilderung des Schadens: (wie kam es zu dem Schaden?)

7. Was wurde beschädigt?

8. Wie hoch schätzen Sie den Schaden?

9. Wo steht Ihr Fahrzeug aktuell?

10. Ihre Bankverbindung:

IBAN: _____ BIC: _____

Sind sie vorsteuerabzugsberechtigt? _____

Weitere Angaben bei Vollkaskoschäden:

11. Wer war Fahrzeuglenker zum Schadenzeitpunkt?

Versicherungsnehmer Fahrzeughalter abweichend:

Name: _____ Anschrift: _____

War die Fahrt vom Versicherungsnehmer genehmigt? ja nein

12. War der Fahrzeuglenker zum Schadenzeitpunkt in Besitz einer für das gefahrene Kfz gültigen Fahrerlaubnis?

nein ja

Wenn ja, Führerscheinklasse: _____ seit wann? _____

Ausstellende Behörde: _____ Einschränkungen/Auflagen: _____

13. Stand der Fahrzeuglenker unter Drogen- / Alkoholeinfluss?

nein ja

Wenn ja, welche Untersuchungen wurden durchgeführt? _____

Welche Ergebnisse sind dabei rausgekommen? _____

14. War beim Unfall ein Anhänger vorhanden und/oder am Schadenhergang beteiligt

nein ja

Amtliches Kennzeichen: _____ versichert bei (Gesellschaft)? _____

Versicherungsscheinnummer: _____

15. Wer hat den Schaden Ihres Erachtens verursacht?

oben genannter Fahrzeuglenker Unfallgegner Sonstiges

Name: _____ Anschrift: _____

16. Welche Zeugen können Sie benennen?

17. Name: _____ Anschrift: _____

18. Ist ein Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet worden?

nein ja, am _____ Tgb./ZK-Nr.: _____

Dienststelle _____ Sachbearbeiter _____ Telefonnummer _____

19. Liegt Fahrerflucht vor?

nein ja, nähere Angaben: _____

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Versicherungsnehmers)

(Unterschrift des Schadenverursachers)

(Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(bei Minderjährigen))