

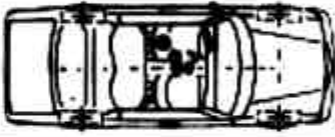
# Fax-Schaden-Meldung...bitte senden an: 08867/ 8228

Melddatum	Uhrzeit	Gst./Agentur-Nr.	Meldung durch
		-   -	<input type="checkbox"/> VN-AGT <input type="checkbox"/> AS-AGT
Schadentag	Uhrzeit	Schadenort	<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> Kasko <input type="checkbox"/> KU <input type="checkbox"/> Allg. Haftpflicht <input type="checkbox"/> Schutzbrief

### Versicherungsnehmer (VN)

Amliches Kennzeichen Kfz des VN	<input type="checkbox"/> KT Selbstbehalt EUR <input type="checkbox"/> KV
Versicherungsnehmer - Vorname, Zuname -	
PLZ	Ort
Telefon-Nr. VN privat	Tel.-Nr. VN tagsüber
Fabrikat/Typ	Fahrzeug-Ident.-Nr. (Fahrgestell-Nr.)
km-Stand	Schadenhöhe EUR
Beschädigte Teile	
Polizeiliche Aufnahme? Wenn ja, Dienststelle angeben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Alkohol/Drogen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Fahrer-VN <input type="checkbox"/> Fahrer-AS Führerschein einbehalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fahrzeuglenker - Name, Anschrift -	
PLZ	Ort
Erforderliche Fahrerlaubnis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsteuerabzugsberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schaden-Soforthilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leasing-Fahrzeug	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besonderheit	

### Anspruchsteller (AS)

Amliches Kennzeichen Kfz des AS	wo versichert?	
Anspruchsteller - Vorname, Zuname -		
PLZ	Ort	
Telefon-Nr. AS privat	Tel.-Nr. AS tagsüber	
Fabrikat/Typ	KW	Baujahr
km-Stand	Schadenhöhe EUR	
Beschädigte Teile		
Personenschaden? Name <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Gespräch mit AS am _____ <input type="checkbox"/> nein AS nicht erreicht <input type="checkbox"/> Versuche es weiter <input type="checkbox"/> AS nimmt freien SV <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name _____		
Rechtsanwalt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____		
Nutzungsausfall <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja EUR _____ /Tag		
Mietwagen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____		
Hinweis WV-Tableau <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Tageshöchstsatz _____ EUR		
Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Schaden-Soforthilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Leasing-Fahrzeug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Besonderheit		

### Besichtigungsort

Name, Werkstatt, Adresse - Tätigkeit bei

PLZ

Ort

Telefon-Nr.

Fax-Nr.

### Besichtigungsort

Name, Werkstatt, Adresse - Tätigkeit bei

PLZ

Ort

Telefon-Nr.

Fax-Nr.

## Angaben unbedingt erforderlich!

Unfallhergang lt. Angaben <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> AS	Wer haftet für den Schaden? <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> AS
<input type="checkbox"/> Vertreter reguliert selbst	
Datum, Unterschrift (VN oder Vertreter/Sachbearbeiter): _____	