

Name und Anschrift des Versicherers:

HUMMEL
Versicherungsmakler

Peter Hummel
Versicherungsmakler
Hauptstr. 72
D-89558 Böhmenkirch
Tel. 07332/6148
Fax 07332/6016
p_hummel@vm-hummel.de

Versicherungsschein Nr: Gesellschaft:	Schadenmeldung für:
Sachbearbeiter: Schadensmeldung an VR:	<input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Schutzbrief <input type="checkbox"/> Kraftfahrthaftpflicht
Schadentag/Uhrzeit:	Schadensort:
Versicherungsnehmer	versichertes Fahrzeug:
Name:	Fahrzeugkennzeichen:
Straße:	Hersteller/Typ: /
PLZ/Ort:	Fahrzeugident-Nr.: Bj:
geb. am:	Schäden am eigenen Fahrzeug:
Telefon:	Voraussichtl. Schadenhöhe: EUR
Telefax:	Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden:
Können Sie die Mehrwertsteuer absetzen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	reparierte Vorschäden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit:
Gehört das Fahrzeug z. Betriebsvermögen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Gesamtlauflistung in KM:
Steht Ihr Fahrzeug nachts regelmäßig in einer Einzel-/Doppelgarage? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Handelt es sich um ein Leasingfahrzeug? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Liegt eine Sicherungsübereignung vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Unfallhergang	
<input type="checkbox"/> Auffahrunfall <input type="checkbox"/> Vorfahrtsverletzung <input type="checkbox"/> Fahrspurwechsel <input type="checkbox"/> gegen geparktes Fahrzeug gefahren <input type="checkbox"/> Hagelschaden <input type="checkbox"/> Fahrzeug (-teile) entwendet <input type="checkbox"/> Brandschaden <input type="checkbox"/> Sturmschaden <input type="checkbox"/> Wildschaden <input type="checkbox"/> Glasbruch <input type="checkbox"/> Panne	
Sonstiger Unfallhergang:	
Hat der Gegner den Unfall verursacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Stellen Sie selbst Ansprüche? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wurde jemand verletzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Name:	Art der Verletzung:
Straße:	
PLZ/Ort:	War der Verletzte angeschnallt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fahrer des versicherten Fahrzeuges zum Unfallzeitpunkt: <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Andere	
Name:	gültige Fahrerlaubnis: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Listen Nr.:
Straße:	Fuhr der Fahrer mit Ihrem Einverständnis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort:	Alkoholgenuss? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, %
geb. am:	Wird wegen Unfallflucht ermittelt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Polizeidienststelle:	Aktenzeichen der Polizei:
Gibt es Zeugen (auch Beifahrer) die das Unfallgeschehen beobachtet haben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Name:	Name:
Straße:	Straße:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Stellt jemand Schadenersatzansprüche an Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Name:	Was wurde beim Unfallgegner beschädigt?
Straße:	<input type="checkbox"/> Fahrzeug <input type="checkbox"/> sonstiger Sachschaden
PLZ/Ort:	Fahrzeugkennzeichen:
geb. am:	Hersteller/Typ:
Beruf:	Art der Beschädigung:
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	Voraussichtl. Schadenhöhe: EUR
Waren noch weitere Personen/Fahrzeuge am Unfall beteiligt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Namen/Anschriften/ggf. Kennzeichen des Unfallgegners:	
Datum:	Unterschrift:

Bitte unbedingt eine ausführliche Schadensschilderung sowie eine Skizze auf der Rückseite oder einem extra Blatt beilegen