

Schadenmeldung für Kraftfahrzeuge - bitte ausfüllen und unterschreiben -

per Email an: email@vimag.de

oder per Fax an: 03362 298 4445 | per Post an: VIMAG - Friedrichstr. 41 - 15537 Erkner



Versicherungsscheinnummer:	Schadenmeldung für: <input type="checkbox"/> Kraftfahrthaftpflicht <input type="checkbox"/> Schutzbrief <input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Vollkasko
Schadentag/Uhrzeit:	Schadenort:
Versicherungsnehmer	versichertes Fahrzeug:
Name:	Fahrzeugkennzeichen:
Straße:	Hersteller/Typ:
PLZ/Ort:	Schäden am eigenen Fahrzeug:
geb. am:	
Beruf:	Voraussichtl. Schadenhöhe: EUR
Telefon: Fax:	reparierte Vorschäden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit:
E-Mail:	Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden (Telefon-Nr.):
Können Sie die Mehrwertsteuer absetzen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
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"/> 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	
Name:	gültige Fahrerlaubnis: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
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, %o
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 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:	
X Datum, Unterschrift:	