

SCHADENSMANAGEMENT-SCHADENSANZEIGE



Fax Nr.: 0681/96870884

E-Mail: info@automotive-advocate.de

Vollkasko Teilkasko

KFZ-Kennzeichen Anspruchsteller: _____ - _____

Sachbearbeiter: _____

Stempel Werkstatt/Autohaus

I. Auftraggeber/Halter: Name+Anschrift:.....
Telefon, E-Mail:.....
 Vorsteuerabzug Kein Vorsteuerabzug

Versicherung:..... Versicherung Nr.:..... SB.....

Unterlagen Schadensanzeige beiliegend:

- Vollmacht/Abtretung Rechnung/Werkstattauftrag
 Zulassungsbescheinigung

II. Angaben zum Unfall

Polizeiliche Unfallaufnahme durch:..... keine Polizeiliche Aufnahme

Unfalldatum:..... Unfallzeit:..... Unfallort:.....

Glasschaden Sturmschaden Wildschaden Brandschaden Einbruchschaden

Auffahrunfall Vorfahrtverletzung Parkunfall Spurwechsel Überholvorgang

Unfallhergang:

HINWEIS: Wir weisen den Auftraggeber ausdrücklich darauf hin, dass er die Reparaturkosten sowie die auf die Reparaturkosten anfallende Mehrwertsteuer selbst zu tragen hat, sofern diese nicht durch die hinter dem Auftraggeber stehende Vollkaskoversicherung gezahlt werden. Eine etwaig bestehende Selbstbeteiligung ist durch den Auftraggeber unmittelbar an die Reparaturwerkstatt zu leisten.

Ort, Datum:.....

Unterschrift Auftraggeber:.....