



Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

Atlantic Gesellschaft für Versicherungsvermittlung mbH  
 Versicherungsmakler  
 Wandsbeker Zollstraße 5 • 22041 Hamburg  
 Tel.: 040 / 688 60 60  
 Fax: 040 / 688 60 626  
 info@atlantic-versmkl.de  
 http://www.atlantic-versmkl.de

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<p><b>Versicherungs-/Schadennummer:</b>  <input type="text"/></p> <p><b>Versichertes Kfz (Kennzeichen):</b>  <input type="text"/></p> <p><b>Versicherungsunternehmen:</b>  <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt</p> <p><input type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler</p>
<p><b>Kilometerstand</b> des versicherten Fahrzeugs?</p>	<p><input type="text"/> km</p>
<p>Schadentag / Uhrzeit</p>	<p><input type="text"/> / <input type="text"/></p>
<p><b>Wo</b> ist der Schaden eingetreten (Anschrift)?</p>	<p><input type="text"/></p>
<p><b>Wer</b> hat den Schaden Ihres Erachtens verursacht, bzw. wer war Fahrzeuglenker zum Schadenzeitpunkt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Fahrzeughalter</p> <p><input type="checkbox"/> abweichend:                  Name: <input type="text"/>                  Anschrift: <input type="text"/>                  War die Fahrt vom Versicherungsnehmer genehmigt?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>War der Fahrzeuglenker zum Schadenzeitpunkt in Besitz einer für das gefahrene Kfz <b>gültigen Fahrerlaubnis</b>?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja,                  Führerscheinklasse: <input type="text"/>                  seit wann? <input type="text"/>                  ausstellende Behörde:  <input type="text"/>                  Einschränkungen oder Auflagen:  <input type="text"/></p>
<p>Stand der Fahrzeuglenker unter <b>Drogen- / Alkoholeinfluss</b>?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                  Falls ja, welche und Ergebnis der Untersuchungen?  <input type="text"/></p>
<p>War beim Unfall ein <b>Anhänger</b> vorhanden und/oder am Schadenhergang beteiligt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>



Genauere Schilderung des **Schadenhergangs:**  
 Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst bitte angeben,  
 durch wen oder was der Schaden bekannt wurde - gfls. gesondertes  
 Blatt verwenden.

**Geschädigter/** (vermutlicher) Anspruchsteller  
 Bei mehreren Anspruchsstellern bitte gesondert aufnehmen

Name:

Anschrift:

Tel-/Fax-Nr.:

Handy-Nr.:

E-Mail:

Vorsteuerabzugsberechtigt?  
 ja  nein  unbekannt

**Bankverbindung:** (für evtl. Entschädigungszahlungen)  
 wird nachgereicht  
 Erstattung auf das Konto des Kunden, von dem die  
 Beiträge eingezogen werden

abweichende Bankverbindung

Kontoinhaber

Konto

bei

BLZ

IBAN

Welche **Zeugen** können Sie benennen?

Name:

Anschrift:

Ist ein **polizeiliches Protokoll** aufgenommen worden?

nein  ja

Wenn **ja**, bitte Behörde und Aktenzeichen nennen:

Ist ein **Ermittlungs- oder Strafverfahren** eingeleitet worden?

nein  ja

Wenn **ja**, bitte Behörde und Aktenzeichen nennen:

**Zusätzliche Bemerkungen:**

**Sachschäden - Unfallgegner**

Fotos anbei  Anschaffungsrechnung anbei  
 Kostenvoranschlag anbei  Rechnung anbei

**Kennzeichen**

-

**Fabrikat, Typ und Baujahr**



Art der Beschädigung	<input type="text"/>
Aktueller Standort des Kfz	<input type="text"/>
Sofern es sich <b>nicht um ein anderes Kfz</b> handelt geben Sie bitte an um was es sich handelt, Anschaffungspreis und -jahr sowie Art der Beschädigung	<input type="text"/>
Geschätzte <b>Schadenhöhe</b>	<input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> <b>Personenschäden:</b>	<input type="checkbox"/> Arztbericht anbei
<b>Art und Umfang</b> der Verletzung	<input type="text"/>
Behandelnder <b>Arzt</b> oder <b>Krankenhaus</b>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Sachschäden - Vollkasko</b>	<input type="checkbox"/> Fotos anbei <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung anbei <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag anbei <input type="checkbox"/> Rechnung anbei
Art der Beschädigung	<input type="text"/>
Aktueller <b>Standort</b> des Kfz	<input type="text"/>
Geschätzte <b>Schadenhöhe</b>	<input type="text"/> €
Sind Sie Vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Bankverbindung</b> (für evtl. Entschädigungszahlungen):	Konto <input type="text"/> bei <input type="text"/> BLZ <input type="text"/> IBAN <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Direktabrechnung mit Reparaturfirma
<b>Abwicklung / Kommunikation</b>	
Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme bei Rückfragen zur Abwicklung des Schadens?	<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="text"/>
Bitte nennen Sie uns die E-Mail-Adresse, Telefon- oder Handy-Nr. usw. die wir zur Kontaktaufnahme verwenden sollen:	<input type="text"/>
Bei telefonischer Abwicklung: Wann sind Sie am Besten erreichbar? Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an.	<input type="text"/>



**Hinweis für den Versicherungsnehmer:**

Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift.

Rev006 vom 03.12.2015

Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.