M+L Versicherungsmakler GmbH – Kraftfahrt–Schadenanzeige

Randersweide 63, 21035 Hamburg Tel. 040/ 735 60 21 Fax. 040/ 735 66 60

Versicherer : _____ ☐ **Haftpflicht** ☐ **Kasko**

Vertrags-Nr. : : _____. Schadenhöhe : EUR _____.

Schadentag : _____Uhrzeit :_____ Unfallort : _____

Versicherungsnehmer :	**Unfallgegner :**
Ansprechpartner :	**Ansprechpartner :**
Tel.	**Tel.**
Fahrzeuglenker :	**Fahrzeuglenker :**
Führerscheinklasse : Datum :	**Führerscheinklasse : Datum :**
Fuhr er/sie mit Ihrem Einverständnis ? ☐ **ja** ☐ **nein**	**Zeugen :**
Wurde eine Blutprobe entnommen ? ☐ **ja** ☐ **nein**	
Erlitten Sie selbst einen Schaden ? ☐ **ja** ☐ **nein**	
Machen Sie diesen geltend ? ☐ **ja** ☐ **nein** **Bei wem ?**	**Polizeidienststelle und Aktenzeichen ?**
KENNZEICHEN :	**KENNZEICHEN :**
Fabrikat / Typ :	**Fabrikat / Typ :**
Fahrgestell-Nr. :	**Fahrgestell-Nr. :**
Baujahr : Kilometerstand :	**Baujahr : Kilometerstand :**
Anstoßstelle :	**Anstoßstelle :**
Sonderausstattung:	

SCHADENHERGANG :
Wer hat die Schuld am Unfall ? ☐ **Anlagen (z.B.Skizze)**

Möglichkeit zum Mehrwertsteuerabzug : ☐ **ja** ☐ **nein**
Konto für Entschädigungen: Konto-Nr. BLZ.
Name der Bank : Kontoinhaber :

_____. x _____.

Datum **Unterschrift des Versicherungsnehmerns**