

SCHADENANZEIGE ZUR DIENSTREISE-KASKO-VERSICHERUNG

Kasko-Schaden		
Ihre Schaden-Nr.: / Aktenzeichen:	B•B Schaden-Nr.:	
Versicherungsnehmer: <u>Sportgemeinschaft Deutsche Bank</u> <u>Deutschland e.V.</u> <u>Taunusanlage 12</u> <u>60325 Frankfurt</u>	Fahrer des Fahrzeugs: Name: _____ Str.: _____ PLZ, Ort: _____ Geburtsdatum: _____ Telefon: _____	Führerscheindaten: gültige Fahrerlaubnis bei Unfall: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein Führerscheinklasse: _____ Ausstellungsdatum: _____ Listennr.: _____ Ausstellungsort: _____ FS einbehalten: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Versicherungsschein-Nr.: <u>27.851.700333</u> Versicherer: <u>Gothaer, Nürnberg</u>	Versicherer des zur Dienstreise genutzten Kfz: _____ Versicherungsscheinnummer: _____ Versicherungsumfang: _____	Kennzeichen: _____ Fahrzeugart: _____ Erstzulassung: _____ Hersteller/Fahrzeugtyp: _____ Fahrgestell-Nr.: _____
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Liegt eine Sicherungsübereignung des Fahrzeuges vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Wenn ja, Name und Anschrift des Leasinggebers: _____		
Unfalltag: _____ Uhrzeit: _____		Alkoholgenuss in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall? <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Unfallort (Land, Ort, Straße) _____		Blutprobe: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein wenn ja, wie viel ‰ _____
Ursache und Hergang des Vorfalles (ggf. Fortsetzung / Skizze der Örtlichkeiten, auf separatem Blatt) _____ _____ _____		
Haben Sie den Unfall verursacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> teilweise		
polizeilich gemeldet? <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja, bei welcher Dienststelle / Station ? _____		
Aktenzeichen: _____		

(Fortsetzung auf Seite 2)

Zeugen: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein Namen, Anschrift, Telefon: _____ _____ Namen, Anschrift, Telefon: _____ _____		
Anspruchsteller: Name: _____ Straße: _____ Ort: _____	Art und Höhe des Schadens: _____ _____ _____	Kennzeichen: _____ Versichert bei: _____ VS-Nr.: _____
Gab es verletzte? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Anschrift →	Namen und Anschrift: _____ _____ _____	Namen und Anschrift: _____ _____ _____

*** Polizeiliche Meldung bei Diebstahl- und Wildschäden zwingend erforderlich!**

Welche Beschädigung weist das Fahrzeug auf und wo? _____ _____ _____ _____		geschätzte Schadenhöhe _____ EUR
Wo kann das Kfz besichtigt werden? (Bitte keine eigenen Besichtigungen beauftragen) _____ _____ _____		

Andere KFZ am Unfall beteiligt? <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja versichert bei: _____ Halter (Name, Anschrift, Telefon-Nr.) _____	Kennzeichen : _____ VS-Nr.: _____
Sonstige Hinweise: _____ _____	

Vorstehende Fragen habe(n) ich/wir wahrheitsgemäß beantwortet. Ich / wir habe(n) zur Kenntnis genommen, dass bewusst wahrheitswidrige oder unvollständige Angaben auch dann zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen können, wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Fahrers)

(SG Deutsche Bank Deutschland e.V.)