

Versicherungsnehmer:

.

Beratung durch:

LUBECA Versicherungskontor GmbH

Beckergrube 38-52 • 23552 Lübeck

Tel.: 0451 - 1 48-260

Fax: 0451 - 1 48-347

mail@lubeca.eu

http://www.lubeca.eu

**Persönlicher Ansprechpartner:**

LUBECA Schaden Team

Tel.: 0451-148-260

Fax: 0451-148-347

mail@lubeca.eu

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

|  |  |                           |
|--|--|---------------------------|
| War beim Unfall ein <b>Anhänger</b> vorhanden und/oder am Schadenhergang beteiligt?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>amtliches Kennzeichen: <input type="text"/><br>versichert bei (Gesellschaft): <input type="text"/><br>Vertragsnummer: <input type="text"/>  | für<br>.<br>am 24.02.2017 |
| <b>Genau</b> Schilderung des <b>Schadenhergangs</b> :<br>Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst bitte angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde - gfls. gesondertes Blatt verwenden.        | <div style="border: 1px solid black; height: 200px; width: 100%;"></div>   |                           |
| <b>Geschädigter/</b> (vermutlicher) Anspruchsteller<br>Bei mehreren Anspruchstellern bitte gesondert aufnehmen   | Name: <input type="text"/><br>Anschrift: <input type="text"/><br>Tel-/Fax-Nr.: <input type="text"/><br>Handy-Nr.: <input type="text"/><br>E-Mail: <input type="text"/><br>Vorsteuerabzugsberechtigt?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt |                           |
| <b>Bankverbindung:</b> (für evtl. Entschädigungszahlungen)<br><input type="checkbox"/> wird nachgereicht<br><input type="checkbox"/> Erstattung auf das Konto des Kunden, von dem die Beiträge eingezogen werden | <input type="checkbox"/> abweichende Bankverbindung<br>Kontoinhaber <input type="text"/><br>Konto bei <input type="text"/><br>BLZ <input type="text"/><br>IBAN <input type="text"/>  |                           |
| Welche <b>Zeugen</b> können Sie benennen?  | Name: <input type="text"/><br>Anschrift: <input type="text"/>  |                           |
| Ist ein <b>polizeiliches Protokoll</b> aufgenommen worden?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn <b>ja</b> , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen:<br><input type="text"/>   |                           |
| Ist ein <b>Ermittlungs- oder Strafverfahren</b> eingeleitet worden?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn <b>ja</b> , bitte Behörde und Aktenzeichen nennen:<br><input type="text"/>   |                           |
| Liegt <b>Fahrerflucht</b> vor?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Wenn <b>ja</b> , bitte nähere Angaben:<br><input type="text"/>  |                           |

|  |  |
|--|--|
| Zusätzliche Bemerkungen:   | <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Sachschäden - Unfallgegner</b>   | <input type="checkbox"/> Fotos anbei <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung anbei<br><input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag anbei <input type="checkbox"/> Rechnung anbei |
| <b>Kennzeichen</b>   | <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>   |
| <b>Fabrikat, Typ und Baujahr</b>   | <input type="text"/>   |
| <b>Art der Beschädigung</b>  | <input type="text"/>   |
| Aktueller <b>Standort</b> 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<br><input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag anbei <input type="checkbox"/> Rechnung anbei |
| <b>Art der Beschädigung</b>  | <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><br>(für evtl. Entschädigungszahlungen):  | Konto <input type="text"/><br>bei <input type="text"/><br>BLZ <input type="text"/><br>IBAN <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> Direktabrechnung mit Reparaturfirma      |
| <b>Abwicklung / Kommunikation</b>  |  |

 für  
 am 24.02.2017

|  |   |
|--|---|
| Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme bei Rückfragen zur Abwicklung des Schadens?   | <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail<br><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"/>  |
| <b>Hinweis für den Versicherungsnehmer:</b>  | Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.<br><br><hr/> Ort, Datum, Unterschrift   |
|  | <input type="checkbox"/> Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.   |
| <b>Interne Notizen</b>   |   |
| Mitarbeiter: <input type="text"/><br>Datum : <input type="text"/><br>Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/>            | <input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben<br><input type="checkbox"/> persönliche Besprechung<br><input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> |
| Rev009 vom 22.11.2016  |   |

 für  
 .  
 am 24.02.2017