

Unfallfragebogen – Kaskoschaden

Bitte ausgefüllt zurück an: schaden@fair-claim.de



Reparaturbetrieb:

A Angaben zu <u>Ihrem</u> Fahrzeug:			
1 Fahrzeugalter: Fahrzeughalter, Anschrift: Fahrzeughalter, Kontaktdaten:	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		
	Vorname, Name oder Firma		
	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	
	Straße und Hausnummer		Postleitzahl und Ort
	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	
	Telefonnummer		E-Mail
2 Ihr Fahrzeug:	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
	Kennzeichen	Marke	Modell
	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		
3 Versicherungsschutz und Selbstbeteiligung? Versichert bei: Werkstattbindung?	<input type="radio"/> Vollkasko <input type="radio"/> Teilkasko <input type="radio"/> nur Haftpflicht		<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
	(Zutreffendes bitte ankreuzen)		SB bei Teilkasko / Vollkasko
	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
	Versicherung	Versicherungsnummer	Schadensnummer
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> unbekannt (Zutreffendes bitte ankreuzen)		
4 Rechtsschutzversicherung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
	Bitte ankreuzen	Name Ihrer Versicherung	Versicherungsnummer
	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		
5 Eigentumsverhältnisse: <u>Bei Leasing / Finanzierung wichtig!</u> Steuerliche Einordnung:	<input type="radio"/> Eigentum <input type="radio"/> Leasing <input type="radio"/> Finanzierung (Zutreffendes bitte ankreuzen)		<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
	Leasinggesellschaft / Finanzierungsbank / Vertragsnummer		
	<input type="radio"/> privat <input type="radio"/> Firma (vorsteuerabzugsberechtigt) <input type="radio"/> Firma (teilweise vorsteuerabzugsberechtigt)		<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
	(Zutreffendes bitte ankreuzen)		
	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		
B Angaben zum Unfallgeschehen:			
1 Wann hat sich der Unfall ereignet?	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
	Datum	Uhrzeit (ca.)	Unfallort
2 Hat Ihre Versicherung Sie beauftragt, vorab eine Kalkulation (Kostenvoranschlag) einzuholen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Versicherung beauftragt Gutachter		
	Zutreffendes bitte ankreuzen		
3 Fahrzeug noch fahrbereit?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> bedingt <input type="radio"/> unklar		
	Zutreffendes bitte ankreuzen		
C Weitere Angaben:			
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>			