

**Versicherungsnehmer:**

**Beratung durch:**

G. & J. E. Pinckernelle GmbH & Co. KG  
 Versicherungsmakler seit 1857  
 Hugh-Greene-Weg 2 • 22529 Hamburg  
 Tel.: 040 / 378672 0  
 Fax: 040 / 378672 20  
 Kontor@Pinckernelle-Hamburg.de  
 http://www.pinckernelle-hamburg.de

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<p><b>Versicherungsnummer:</b>  <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><b>Versichertes Kfz (Kennzeichen):</b>  <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><b>Versicherungsunternehmen:</b>  <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns 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>Schadenart</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Wildschaden   <input type="checkbox"/> (Teile-) Diebstahl / Raub</p> <p><input type="checkbox"/> Brand / Explosion   <input type="checkbox"/> Sturm- / Hagelschaden</p> <p><input type="checkbox"/> Kurzschluss   <input type="checkbox"/> Glasschaden   <input type="checkbox"/> Marderbiss</p> <p><input type="checkbox"/> Elementarschaden   <input type="checkbox"/> Vandalismus</p> <p><input type="checkbox"/> Verkehrsunfall</p> <p><input type="checkbox"/> <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<p><b>Kilometerstand</b> des versicherten Fahrzeugs?</p>	<p><input style="width: 100%;" type="text"/> km</p>
<p>Gab/gibt es an dem versicherten Fahrzeug <b>Vorschäden</b>?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> repariert   <input type="checkbox"/> unrepariert</p>
<p><b>Schadentag / Uhrzeit</b></p>	<p><input style="width: 100%;" type="text"/> / <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<p><b>Wo</b> ist der Schaden eingetreten (Anschrift)?</p>	<p><input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<p><b>Genau</b> Schilderung des Schaden<b>hergangs:</b>          Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst bitte angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde - ggf. gesondertes Blatt verwenden.</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 200px; width: 100%;"></div>

<b>Sachschäden - Kasko</b>	<input type="checkbox"/> Fotos anbei <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung anbei <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag anbei <input type="checkbox"/> Rechnung anbei
<b>Art</b> der Beschädigung	<input type="text"/>
Aktueller <b>Standort</b> des Kfz	<input type="text"/>
Geschätzte <b>Schadenhöhe</b>	<input type="text"/> €
Sind Sie <b>Vorsteuerabzugsberechtigter</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<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>Zusätzliche Bemerkungen:</b>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Weitere Angaben bei Vollkaskoschäden</b>	
<b>Wer</b> war Fahrzeuglenker zum Schadenzeitpunkt?	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Fahrzeughalter <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
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, Führerscheinklasse: <input type="text"/> seit wann? <input type="text"/> ausstellende Behörde: <input type="text"/> Einschränkungen oder Auflagen: <input type="text"/>
Stand der Fahrzeuglenker unter <b>Drogen- / Alkoholeinfluss</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche und Ergebnis der Untersuchungen? <input type="text"/>
War beim Unfall ein <b>Anhänger</b> vorhanden und/oder am Schadenhergang beteiligt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja amtliches Kennzeichen: <input type="text"/> versichert bei (Gesellschaft): <input type="text"/> Vertragsnummer: <input type="text"/>
<b>Wer</b> den Schaden Ihres Erachtens verursacht?	<input type="checkbox"/> o.g. Fahrzeuglenker <input type="checkbox"/> Unfallgegner <input type="checkbox"/> Sonst. Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Eigenschaft: <input type="text"/>

<p>Welche <b>Zeugen</b> können Sie benennen?</p>	<p>Name: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p>
<p>Ist ein <b>polizeiliches Protokoll</b> aufgenommen worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn <b>ja</b>, bitte Behörde und Aktenzeichen nennen:</p> <input type="text"/>
<p>Ist ein <b>Ermittlungs- oder Strafverfahren</b> eingeleitet worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn <b>ja</b>, bitte Behörde und Aktenzeichen nennen:</p> <input type="text"/>
<p>Liegt <b>Fahrerflucht</b> vor?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn <b>ja</b>, bitte nähere Angaben:</p> <input type="text"/>
<p><b>Abwicklung / Kommunikation</b></p>	
<p>Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme bei Rückfragen zur Abwicklung des Schadens?</p>	<p><input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges <input type="text"/></p>
<p>Bitte nennen Sie uns die E-Mail-Adresse, Telefon- oder Handy-Nr. usw. die wir zur Kontaktaufnahme verwenden sollen:</p>	<input type="text"/>
<p>Bei telefonischer Abwicklung: Wann sind Sie am Besten erreichbar? Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an.</p>	<input type="text"/>
<p><b>Regulierungsempfehlung des Maklers:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Regulierung nach Sach- und Rechtslage</p> <p><input type="checkbox"/> Regulierung in Höhe von <input type="text"/> € an</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Anspruchsteller</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Werkstatt</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p><b>Hinweis für den Versicherungsnehmer:</b></p>	<p>Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.</p>
<p><b>Einverständniserklärung des Versicherungsnehmers:</b></p>	<p>Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Mit der Auszahlung einer evtl. Entschädigung an den Anspruchsteller erkläre ich mich einverstanden.</p>          <p>_____ Ort, Datum, Unterschrift.</p>

	<input type="checkbox"/> Schadenmeldung ohne Unterschrift, da maschinell erstellt.
<b>Interne Notizen</b>	
Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Rev011 vom 31.01.2020	