

# Schadenanzeige

## zum Kasko-Rahmenvertrag der Bundesvereinigung Deutscher Blas- und Volksmusikerverbände e. V.



|   |   |
|---|---|
| Anschrift des Musikvereins hier eintragen   | Versicherung Nr. <b>800 370611</b>  |
|   | Schaden Nr. _____   |
|   | Kasko-Schaden <input type="checkbox"/><br>Rückstufungsschaden <input type="checkbox"/>  |
|   | Kenn-Nr. _____<br>Deckungsform <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> |
| Bitte den Vordruck vollständig ausgefüllt und unterschrieben sofort über Kreisverband bzw. DHV zurücksenden. Alle Schadenunterlagen beifügen oder unter Angabe der Schaden-Nr. nachreichen. |   |

### Beschädigtes Fahrzeug

Bitte angeben  DM  EUR

|   |               |                          |   |
|---|---------------|--------------------------|---|
| Art (Pkw, Lkw, Krad) und Marke  | Erstzulassung | Fahrleistung (km)        | Amtliches Kennzeichen   |
| Am Fahrzeug eingetretener Schaden (Beschädigte Teile)   |               |                          | Schadenhöhe ca.   |
| Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden (Anschrift und Telefon-Nr.)  |               |                          | Vorschäden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/><br>Repariert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |
| Bei welcher Versicherungsgesellschaft ist das Fahrzeug Haftpflicht versichert? (Gesellschaft und Versicherungs-Nr.)                     |               |                          |   |
| Besteht für das Fahrzeug eine Vollkaskoversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein |               | Selbstbeteiligung: _____ |   |
| Teilkaskoversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein                               |               | Selbstbeteiligung: _____ |   |
| Wird/Wurde diese in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein               |               | Betrag _____             |   |

### Fahrzeughalter (Eigentümer)

|   |
|---|
| Name, Vorname, Straße, PLZ Wohnort, Telefon-Nr. |
|---|

### Fahrer zum Unfallzeitpunkt

|  |  |
|--|--|
| Name, Vorname, Straße, PLZ Wohnort, Geburtstag, Telefon-Nr.  |  |
| Besaß der Fahrer am Unfalltag die vorgeschriebene Fahrerlaubnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein  |  |
| Führerschein Klasse: _____, ausgestellt am: _____, Behörde: _____, Listen-Nr.: _____   |  |
| Hatte der Fahrer Alkohol getrunken oder andere berauschende Mittel (z.B. Drogen) zu sich genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein Menge: _____ |  |
| Wurden dem Fahrer Blutproben entnommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein   |  |
| Wurde der Führerschein des Fahrers einbehalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein   |  |
| Wird ihm Verkehrsunfallflucht vorgeworfen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein  |  |

### Angaben zum Unfall

|  |         |   |
|--|---------|---|
| Unfalltag:   | Uhrzeit | Unfallort (Straße, Nr., PLZ, Ort, km-Stein) |
| Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? (Anschrift, Sachbearbeiter) |         | Telefon-Nr.                                 |
|  |         | Tagebuch-Nr.                                |
| Wer wurde von der Polizei verwart bzw. angezeigt?                                  |         |   |

