

**Schadenanzeige zum Kasko-Rahmenvertrag der Bundesvereinigung Deutscher Musikverbände e.V.**



- Kasko-Schaden**  
 **Rückstufungsschaden**

Bearbeitende Stelle	
Schaden-Nr.	Versicherungs-Nr.
Ihre Telefon-Nr. privat	Ihre Telefon-Nr. gesch.
E-Mail	Ihre Telefax-Nr.

**Bitte den Vordruck vollständig ausgefüllt und unterschrieben sofort über Kreisverband bzw. Verbandszentrale zurücksenden. Alle Schadenunterlagen beifügen oder unter Angabe der Schaden-Nr. einreichen.**

**Vollständige Anschrift des Musikvereins**

(Anschrift und Telefon-Nr.)

<b>Kenn-Nr.</b>	<b>Deckungsform</b>
	1 <input type="checkbox"/> Pkw    2 <input type="checkbox"/> Pkw und Krad    3 <input type="checkbox"/> Pkw und Klein-Lkw    4 <input type="checkbox"/> Pkw und Krad und Klein-Lkw

**Angaben zum Fahrzeug**

Art <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Lkw <input type="checkbox"/> Krad	Typ und Marke	FIN-Nr.	Erstzulassung	Fahrleistung km	Amtliches Kennzeichen
Am Fahrzeug eingetretener Schaden (Beschädigte Teile)					Schadenhöhe ca. EUR
Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden (Anschrift und Telefon-Nr.)					Vorschäden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Repariert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bei welcher Versicherungsgesellschaft ist das Fahrzeug Haftpflicht versichert? (Gesellschaft und Versicherungs-Nr.)					

Besteht für das Fahrzeug eine Vollkaskoversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Selbstbeteiligung:	_____ EUR
Teilkaskoversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Selbstbeteiligung:	_____ EUR
Wird/Wurde diese in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag:	_____ EUR

**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"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
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"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Menge: _____
Wurden dem Fahrer Blutproben entnommen?				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde der Führerschein des Fahrers einbehalten?				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wird ihm Verkehrsunfallflucht vorgeworfen?				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Angaben zum Unfall**

Unfalltag	Uhrzeit	Unfallort (Straße, Nr., PLZ, Ort, km-Stein)
-----------	---------	---

63-532-0605

Welche Polizeidienststelle hat den Unfall aufgenommen? (Anschrift, Sachbearbeiter, Telefon-Nr.)

Tagebuch-Nr.

Wer wurde von der Polizei verwart bzw. angezeigt?

### Zweck der Fahrt

**Genaue Beschreibung des Unfallhergangs** (Bitte verwenden Sie ggf. ein gesondertes Blatt)

### Zeugenbestätigung

 (z. B. durch Insasse, Passant, Fahrer des Krankenwagens, Abschleppdienstes usw. – **nicht Fahrer** -)

**Ich/Wir bestätigen ausdrücklich, dass die Antworten zu „Angaben zum Unfall“ und „Zweck der Fahrt und genaue Beschreibung des Unfallhergangs“ der Wahrheit entsprechen.**

Name, Vorname, Straße, PLZ Wohnort, Telefon

Unterschrift

Name, Vorname, Straße, PLZ Wohnort, Telefon

Unterschrift

**Bitte beachten Sie, dass diese Bestätigung unbedingt unterschrieben sein muss.**

Kann der Geschädigte die Mehrwertsteuer im Wege des Vorsteuerabzugs absetzen?

ja

nein

Auf wessen Konto soll die Entschädigung ggf. ausgezahlt werden?

Kontoinhaber

Konto-Nr.

Bankleitzahl

Bank/Sparkasse, PLZ, Ort

### Unfallgegner

Name, Vorname, Straße, PLZ Wohnort

Amtliches Kennzeichen

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Sie durch unwahre oder unvollständige Angaben, auch wenn sich diese für unsere Gesellschaft nicht nachteilig auswirken, Ihren Anspruch auf Versicherungsschutz verlieren können und etwaige Schadenaufwendungen selbst zu tragen haben.**

Datum und Unterschrift des Fahrers

Datum und Unterschrift des Fahrzeughalters

**Wir bestätigen ausdrücklich, dass sich der Unfall oder Sachschaden während einer Fahrt, die im Auftrag und Interesse des Vereins stattfand, ereignete.**

Datum, Stempel und Unterschrift des 1. Vorsitzenden

Datum, Stempel und Unterschrift des Kassiers

Datum, Stempel und Unterschrift des Kreisverbandes