

### Schadenmeldung (Kfz) – Schaden-Nr.:

<b>Empfänger:</b> PROVIDUS Vers.-Makler GmbH & Co. KG Winterhuder Weg 31 D-22085 Hamburg Tel.: (040) 18 88 89 0 Fax: (040) 18 88 89 11	<b>Absender (Mandant):</b>
<b>Sparte:</b> <input type="checkbox"/> Haftpflicht <input type="checkbox"/> Vollkasko <input type="checkbox"/> Teilkasko <input type="checkbox"/> Unfall	
<b>Versicherer:</b>	
<b>Versicherungsnummer:</b>	
<b>Schaden:</b> Tag:                                      Uhrzeit:                                      Schadenort: Zeugen: Aufgenommene Polizeidienststelle: Schadensschilderung:	
<b>Versicherungsnehmer (VN):</b> Name: Straße: PLZ, Ort: Tel.:                                      Fax: Bankverbindung: Kto.-Inhaber: Kto.-Nr.:                                      BLZ: Vorsteuerabzugsberechtigt?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Anspruchsteller:</b> Name: Straße: PLZ, Ort: Tel.:                                      Fax: Bankverbindung: Kto.-Inhaber: Kto.-Nr.                                      BLZ: Vorsteuerabzugsberechtigt?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Versichert bei: Vollkasko: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein,    SB:
<b>Fahrer des beschädigten VN-Kfz:</b> Name: Führerscheinklasse: Blutprobe abgenommen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Personenschaden:</b> Anzahl der verletzten Personen: Art der Verletzungen: Behandelnder Arzt:
<b>Kfz des Versicherungsnehmers:</b> Amtliches Kennzeichen: Modell: Leasing-Kfz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schadenhöhe: KM-Stand: Kfz fahrbereit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Kfz des Anspruchsteller:</b> Amtliches Kennzeichen: Modell: Leasing-Kfz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schadenhöhe: KM-Stand: Kfz fahrbereit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Kfz-Besichtigung bei/durch:</b> Name:  Straße: PLZ, Ort: Tel.                                      Fax:	<b>Kfz-Besichtigung bei/durch:</b> Name:  Straße: PLZ, Ort: Tel.:                                      Fax:
Firma will Zahl-Zusage? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers