GORDON KRÄMER
RECHTSANWALT

Schadenaufnahme

Bitte tragen Sie ein, was Ihnen bereits bekannt ist. Fehlende Angaben können wir gemeinsam ergänzen.

Schadenabteilung: Manuela Rogosch und Christian Baum
0331 870 970 20 · schaden@kanzleik2.de

1. Ihre Kontaktdaten

Vorname

Nachname / gegebenenfalls Firma

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

2. Ihr Fahrzeug und Ihre Beteiligung

Amtliches Kennzeichen

Hersteller und Modell

Ihre Beteiligung

Sind Sie Halter/in des Fahrzeugs?

Falls abweichend: Name / Firma des Fahrzeughalters

Fahrzeug: Eigentum, Leasing oder Finanzierung (soweit bekannt)

Rechtsanwalt Gordon Krämer
Hegelallee 54
14467 Potsdam
Steuer-Nr.: 046/299/01235

Kanzlei
Tel.: 0331 870 970 00
Fax: 0331 870 970 11
post@kanzleik2.de
www.kanzleik2.de

Schadenabteilung
Tel.: 0331 870 970 20
schaden@kanzleik2.de
Unfallschadenregulierung

Unfall und Beteiligte

Name / Aktenzeichen zur Zuordnung (optional)

3. Der Unfall

Unfalldatum

Uhrzeit (gegebenenfalls ungefähr)

Unfallort: Straße / Kreuzung, Ort und gegebenenfalls Fahrtrichtung

Wie ist der Unfall geschehen? Bitte beschreiben Sie den Ablauf.

4. Unfallgegner

Name / Firma des Unfallgegners

Anschrift des Unfallgegners

Kennzeichen des gegnerischen Fahrzeugs

Gegnerischer Haftpflichtversicherer

Versicherungs- / Schadennummer; weitere Beteiligte (soweit bekannt)

5. Polizei und Zeugen

Hat die Polizei den Unfall aufgenommen?

Gibt es Zeugen?

Polizeidienststelle und Aktenzeichen (soweit bekannt)

Zeugen: Name, Anschrift und / oder Telefonnummer

Schäden und Regulierung

Name / Aktenzeichen zur Zuordnung (optional)

6. Sachschäden und bisherige Schritte

Welche Schäden sind entstanden? Fahrzeugschäden / weitere beschädigte Sachen

Ist Ihr Fahrzeug noch fahrbereit?

Abschleppkosten in EUR (soweit bekannt)

Liegt bereits ein Gutachten vor?

Wurde das Fahrzeug bereits repariert?

Wie möchten Sie den Fahrzeugschaden regulieren lassen?

Sachverständiger / Werkstatt; weitere bisherige Schritte (soweit bekannt)

7. Verletzungen und Behandlung

Gesundheitsangaben sind freiwillig. Bitte ergänzen Sie nur, was bereits bekannt ist.

Wurde jemand verletzt?

Wünschen Sie Prüfung von Schmerzensgeld?

Wer wurde verletzt? Beschwerden, Verletzungen, Behandlung (optional)

Verordnete Physiotherapie / Medikamente / weitere Angaben (optional)

Versicherungen und Unterlagen

Name / Aktenzeichen zur Zuordnung (optional)

8. Ihre Versicherungen

Rechtsschutzversicherung: Versicherer und Versicherungsnummer (soweit vorhanden)

Kaskoversicherung: Versicherer und Versicherungsnummer (soweit vorhanden)

Sind Sie zum Vorsteuerabzug berechtigt?

Empfohlen durch (optional)

9. Bankverbindung

Optional, falls für eine spätere Auszahlung benötigt.

Kontoinhaber/in

IBAN

BIC (nur falls erforderlich)

10. Vorhandene Unterlagen

Bitte wählen Sie aus, was bereits vorliegt. Unterlagen können Sie getrennt beifügen.

Fotos / Unfallskizze

Unfallmitteilung / Polizeidokumente

Gutachten / Kostenvoranschlag

Rechnungen / Belege

Ärztliche Nachweise (optional)

Weitere Unterlagen

11. Was möchten Sie uns noch mitteilen?

Sonstige Anmerkungen / Fragen