



## Schadenanzeige für Kasko- und/oder Haftpflicht-Schäden

- Per Post: Original der Schadenanzeige an: Audi VersicherungsService, 38089 Braunschweig  
 oder Fax: **Kaskoschaden** und **Haftpflichtschaden** an: 0531 39397430  
 Übersendung des Originals dann nicht mehr notwendig!

### Allgemeine Angaben

Versicherungsschein-/Antrags-Nummer		amtliches Kennzeichen	PLZ Wohnort des VN
Name, Vorname/Firma		Straße	Wohnort des Versicherungsnehmers (VN)
Telefon/Fax des VN			
Schadentag	Uhrzeit	Schadenort/Straße	PLZ Schadenort
Schilderung des Schadenereignisses			
Polizeilich aufgenommen		Dienststelle	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch:			
Das versicherte Fahrzeug		Name, Verhältnis zu VN (z. B. Ehefrau)	
<input type="checkbox"/> war geparkt <input type="checkbox"/> wurde gefahren:		<input type="checkbox"/> durch VN <input type="checkbox"/> durch:	
Führerschein des Fahrers vorhanden		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Klasse:
		Blutprobe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Zusätzliche Angaben für Kasko-Schäden

Dem Versicherungsnehmer berechnete Mehrwertsteuer kann dieser als Vorsteuer absetzen				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kasko versichertes Fahrzeug – Modell/Fabrikat		Baujahr	km-Stand	Schadenhöhe ca. EURO	
Am Fahrzeug entstandene Schäden					
Fahrzeug wird repariert		Name und Anschrift der Werkstatt – für Rückfragen Ansprechpartner mit Telefon-Anschluss			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch:					
Durch den Audi-Partner wurde bereits ein Sachverständiger beauftragt		<input type="checkbox"/> ja, das SV-Büro:			
<input type="checkbox"/> nein, Fahrzeug kann unter folgender Anschrift besichtigt werden (Anschrift, Standort des Fahrzeuges, Telefon, Fax):					
Die Entschädigung soll gezahlt werden:					
<input type="checkbox"/> unmittelbar an nachfolgenden Partnerbetrieb:					
<input type="checkbox"/> an Name:		BIC	IBAN		

### Zusätzliche Angaben für Haftpflicht-Schäden

Fremde am Unfall beteiligte Fahrzeuge			
amtl. Kennzeichen	Modell/Fabrikat	Name und Anschrift des Halters	Telefon/Fax des Halters
Schadenhöhe ca. EURO	Fahrzeug fahrbereit?	Wo kann das Fahrzeug besichtigt werden?	Telefon/Fax der Werkstatt
sonstiger Schaden		Art der Schäden, Name und Anschrift des Eigentümers	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Wurden Personen verletzt?		Name, Anschrift der Verletzten	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Sind Sie/der Fahrer Ihres Fahrzeuges für den Schaden allein verantwortlich		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Ort/Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer/in
-----------	-------------------------------------

Für zusätzliche Hinweise bitte Rückseite benutzen.