

Schadenanzeige für Kasko- und/oder Haftpflicht-Schäden

Volkswagen
VersicherungsService



- Per Post:** Original der Schadenanzeige an: Volkswagen VersicherungsService, 38437 Wolfsburg
- oder Fax:** Direkt an die zuständige Schadenabteilung: **Kaskoschaden** (0 53 61) 4 33 12, **Haftpflichtschaden** (01 80) 3 34 45 67
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)		Alter des Fahrers, falls nicht VN
<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 – Fax (0 53 61) 4 33 12

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 Volkswagen-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:		BLZ		Konto-Nr.	
<input type="checkbox"/> an Name:					

Zusätzliche Angaben für Haftpflicht-Schäden – Fax (01 80) 3 34 45 67

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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art der Schäden, Name und Anschrift des Eigentümers		
Wurden Personen verletzt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name, Anschrift der Verletzten		
Sind Sie/der Fahrer Ihres Fahrzeuges für den Schaden allein verantwortlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Ort/Datum		Unterschrift des Versicherungsnehmers	