

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Senden Sie bitte die vollständig ausgefüllte Schadenmeldung mit Fotos des beschädigten Fahrzeugs an:
 Mobility Concept GmbH · Grünwalder Weg 34 · 82041 Oberhaching · schaden@mobility-concept.de
 Schadenhotline: +49 89 63266-230 - schnell und einfach online via QR-Code oder unter:
www.mobility-concept.de/schaden

**Eigenes Fahrzeug**

Kundenname/Firmierung: _____

Kennzeichen: _____ Anhänger angekoppelt nein ja Kennzeichen Anhänger: _____

Versichert bei: _____ Selbstbeteiligung Voll-/Teilkasko _____

Dienstfahrt Privatfahrt Fahrt Wohnung-Arbeitsstätte Fahrzeugident.Nr.: _____Die Schuld liegt meines Erachtens bei mir beim Gegner unklar

Unfalldatum / Feststellungsdatum, Uhrzeit: _____

Fahrername: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Privatadresse (Straße, PLZ und Ort): _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Erforderliche Fahrerlaubnis: ja nein Ausstellungsdatum Fahrerlaubnis: _____

Ausstellende Behörde: _____ Führerschein-Nr.: _____

Führerscheinklassen: _____ Alkoholkonsum: ja nein Drogenkonsum: ja nein Wurde eine Blutprobe entnommen? ja nein

Unfallort / Feststellungsort mit PLZ: _____

Schaden am Leasingfahrzeug (z. B. Frontschaden, Heckschaden o.ä.): _____

Fahrzeug fahrbereit: ja nein Personenschaden: ja nein

Ort zur Abholung/Besichtigung: _____

Polizeilich aufgenommen: ja nein Aktenzeichen: _____

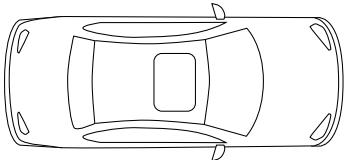
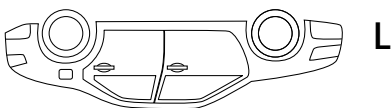
Polizei-Dienststelle mit Adresse und Tel.-Nr.: _____

Zeugen: ja nein wenn ja, Adresse: _____Gebührenpflichtige Verwarnung: ja nein

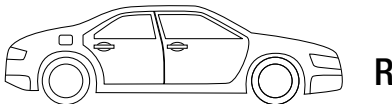
Wer wurde gebührenpflichtig verwarnt (Name, Anschrift)? _____

Unfallhergang

Bitte markieren Sie die Schadenstellen auf der Skizze und beschreiben Sie den Unfallhergang so ausführlich wie möglich (ggf. auf einem weiteren Blatt).



K = Kratzer
 D = Delle
 S = Steinschlag

**Unfallgegner**

Fahrzeughalter: _____

Adresse (Straße, PLZ, Ort): _____

Fahrername: _____ Vorname: _____ Telefon: _____

Adresse (Straße, PLZ, Ort): _____

Kennzeichen: _____ Fahrzeugtyp: _____

Versichert bei: _____ Versicherungsschein-Nr.: _____

Beschädigung (z. B. Frontschaden, Heckschaden o.ä.): _____

Vorschäden festgestellt: ja nein wenn ja, welche: _____