

E-Mail: schaden@lumexcars.com



LUMEXCARS

KFZ - SCHADENBERICHT

Art der Versicherung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Kfz-Haftpflicht
 Insassen-Unfall
 Kasko/ 1000€ Selbstbeteiligung pro Schaden

Versicherungsnehmer

Name LUMEXCARS GMBH	Vorname	Polizzenummer 7000/337.407	Geburtsdatum
Adresse Neumühlhausen 25 85664 Hohenlinden		Telefon +49 15754803188	E-Mail schaden@lumexcars.com

Versichertes Fahrzeug

Marke	Type	Behördliches Kennzeichen	Kilometerstand
Datum der Erstzulassung	Datum der Zulassung	Fahrgestellnummer	

Lenker (bitte legen Sie eine Kopie des Führerscheins bei oder geben Sie alle Daten bekannt)

Familienname	Vorname	Adresse	
Geburtsdatum	Führerscheinnummer	Führerschein ausgestellt von	ausgestellt am

Benützte der Lenker das Fahrzeug mit Ihrer Ermächtigung?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	
Welchem Zweck diente die Fahrt?	<input type="radio"/> geschäftlich	<input type="radio"/> privat	
Gab es außer dem Lenker Insassen in Ihrem Fahrzeug?	<input type="radio"/> nein nein	<input type="radio"/> ja	Wieviele:
Wurden die Insassen mit Ihrer Zustimmung befördert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ja	
Konsumierte der Lenker innerhalb der letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol oder Suchtgift?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Wieviel:
Wurde der Führerschein aufgrund dieses Unfalles abgenommen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	

Wann ereignete sich der Schadenfall?

Datum	Uhrzeit	Schadenort
-------	---------	------------

WICHTIG

Wer hat den Unfall verursacht?

Weitere Angaben

Welche Polizeistelle nahm ein Protokoll auf?
--

Schilderung und Skizze des Unfallherganges
--

Falls vorhandener Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein Beiblatt!

