

Mitglied (Name und Anschrift):

Kommunaler Schadenausgleich
Schleswig-Holstein
Reventlouallee 6

Sachbearbeiter/in Vorwahl - Telefon

24105 Kiel

Mitgl.-Nr.	Ifd.Nr.										
------------	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kaskoschadenbericht

1. Name des Halters	
2. Ist der Halter zum Vorsteuerabzug berechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. a) Ort, Tag, Jahr, Stunde des Schadenereignisses b) Befand sich das Kraftfahrzeug auf einer Dienstfahrt?	Ort, TT.MM.JJJJ Zeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. a) Kfz.-Art (z.B. Pkw, Lkw, Omnibus, TLF o.ä.) b) Anerkannt privateigenes Kfz. c) Amtl. Kennzeichen d) Fabrikat e) Tachometerstand f) Datum der Erstzulassung g) Anschaffungsjahr	a) b) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein c) - d) e) f) . . g)
5. Name des Kraftfahrers Führerschein (Klasse, Datum)	
6. Nur ausfüllen bei Dienstreise-Deckungsschutz (Mini-Kasko): a) Personengruppe: <input type="checkbox"/> 9500 Bediensteter/Ehrenbeamter <input type="checkbox"/> 9502 Ehrenamtl. Tätiger (Funktion:) <input type="checkbox"/> 9503 Beauftragter <input type="checkbox"/> 9501 Mitglied einer Vertretungskörperschaft oder ihrer Ausschüsse b) Besteht anderweitig eine Kaskoversicherung? Vollkasko mit SB € /Teilkasko mit SB € Bitte fügen Sie eine Kopie der Versicherungspolice für das Fahrzeug bei. c) Dienstreisegenehmigung und Bescheinigung über den Anlaß der Fahrt unbedingt beifügen.	
7. Wie und wodurch ist der Schaden entstanden? Genau und ausführliche Schilderung des Unfallherganges unter Beifügung einer Skizze	
8. Augenzeugen (Name und Adresse)	

