

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an motorclaims@ccn-insurance.com

FRAGEBOGEN FÜR ANSPRUCHSTELLER

CCN Insurance Services Motorclaims Richard-Reitzner-Allee 1 85540 Haar motorclaims@ccn-insurance.com Phone +49(0)89- 43 607-270 Fax +49(0)89- 43 607-254

Schadennummer bereits vorhanden:

Neuschadenmeldung

Bitte füllen Sie die Schadenmeldung möglichst vollständig und wahrheitsgemäß aus. Da es sich um ein standardisiertes Formular handelt, können / müssen evtl. nicht alle abgefragten Daten von Ihnen angegeben werden.

Unfalldatum:			
Schadenart:	Sachschaden	Personenschaden	(Mehrfachnennung mgl.)
1. Allgemeine Ang	aben (Anspruchsteller)		
Herr Frau	Fa.		
Name, Vorname:			
Anschrift:			
PLZ, Wohnort:			
Erreichbarkeit:			
Email:			
Telefon:		Fax:	
Konto für Entschädig	ungen: (Entschädigungsza	ıhlungen können ausschlie	eßlich per Überweisung erfolgen)
Konto –Inhaber: (falls abweichend vo	on Fahrzeughalter bitte G	Geldempfangsvollmacht	beifügen)
Geldinstitut:			
IBAN:		BIC/ SW	IFT:
SIND SIE VODSTE	HEDARZHASREDECHTIC	2 T · IA	NEIN

CCN Insurance Services AG
Richard-Reitzner-Allee 1
85540 Haar
Sitz: Haar (AG München - HRB 133542)
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Volker Stegmann
Vorstand: Cees Werff
www.ccn-insurance.com - Registriert nach Rechtsdienstleistungsgesetz

Fahrzeugart: PKW LKW Motorrad/Motorroller Fabrikat/Typ: _____ Amtliches Kennzeichen: _____ Versicherung: _____ Versicherungsscheinnummer: Fahrer: Versicherungsnehmer: 3. Schadenschilderung (bitte immer ausfüllen) Uhrzeit: Schadentag: Schadensort: [Bitte Straße und Ort angeben] Land: Schadenhergang (evtl. Skizze beifügen oder Extrablatt verwenden): Zeugen: Name: Name: Adresse: Adresse: Telefon: Telefon: Email: Email:

2. Angaben zum gegnerischen (ausländischen) Fahrzeug

Polizeiliche Unfallaufnahme:	ja	nein		
Polizei-Dienststelle:				
Adresse:				
Telefon:				
Tagebuch-Nr.:				
Gebührenpflichtige Verwarnung: ja	wer:			nein
Alkoholtest:				
Fahrer Fremdfahrzeug:	ja	nein	Erae	bnis: _,_ Promille
Fahrer eigenes Fahrzeug:	ja	nein	Erge	bnis: _,_ Promille
4. Angaben zum eigenen Fahrzeug: Fabrikat/Typ:		_		
Amtl. Kennzeichen:			eichen:	
Schäden am eigenen Kfz:				
Wo kann das Fahrzeug besichtigt werd Ansprechpartner: Höhe der Reparaturkosten: Gewünschte Abrechnung nach: Kostenvoranschlag Im Falle einer fiktiven Abrechnung kann	Gutachten	€	Tel.:	chnung
Erstzulassung:		Kaufdat	tum:	
Kaufpreis:		KM-Sta	nd Unfalltag,	ca.:
Och vid des Eshare			•-	
Gehört das Fahrzeug zum Betriebsverr	nogen?		ja	nein
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?	n Logging	rfohrzoug:	ja io	nein
Sicherungsschein: ja nei Bei Leasingfahrzeugen oder Kreditfinar		gfahrzeug: reigabeerklärung	ja des Leasing-	nein oder Kreditgebers
übersenden, da ansonsten eine Erstatt				
Frühere Schäden (Beschreibung):	ung des i amze	ugochadeno an e	ne ment mogn	
ja	nein			
repariert	unrepariert	:		

5. Angaben zum Fahrer (ei	genes Fahrzeug):	
Name:	Adresse:	
Tel.:		
	gs steht in folgendem dienstlichen oder ges r, Entleiher, Gesellschafter, o.ä.)	schäftlichen Verhältnis zu mir: (z.B.
6. Weitere Beteiligte:		
Name:		
Adresse:		
Amtl. Kennzeichen:		
7. Bei Personenschäden:	(nur im Fall von Personenschäden ausz	rufüllen)
Verletzte Person:		
Geburtsdatum:		
Familienstand: alleinsteh Zahl der Kinder:	nend verheiratet	
Geburtsdaten der Kinder:		
Wegeunfall? Ereignete sich der Unfall auf	f dem Weg zur oder von der Arbeit: ja	nein
Zuständige Berufsgenossen	schaft:	
Krankenversicherer:		
gesetzlich	privat	
Berufliche Tätigkeit:		
selbständig	angestellt	arbeitslos / arbeitsuchend
Monatliches Nettoeinkomme	en:€	
Ausgeübte Nebentätigkeit: _		
Nettoeinkommen aus Neber	ntätigkeit:€	

Behandelnde(r) Arzt/Ärzte: Name, Anschrift:			
Wird der behandelnde Arzt von der Schweigepflic	cht entbunden?		
Nein Formular hierfür zu finden unter www.ccn-insurance.com/kfz)	Ja (bitte Schweigepflichtentbindungserklärung beifügen;		
Art und Umfang der Verletzungen:			
Bei Krankenhausaufenthalt: von Name und Anschrift des Krankenhauses:	bis		
Krankschreibung /Arbeitsunfähigkeit: von	bis		
Ärztliche Behandlung abgeschlossen:	ja nein		
Haushaltsführung:			
Größe d. Wohnung/Hauses (Fläche in QM):			
Anzahl der im Haushalt wohnenden Personen:			
Partner berufstätig?:			

Ich versichere hiermit, dass ich alle vorstehenden Fragen nach bestem Gewissen vollständig und
wahrheitsgemäß beantwortet habe.
Ort, Datum
Unterschrift des Anspruchstellers
Bei elektronischem Versand:
Durch Absenden des ausgefüllten Fragebogens gebe ich gleichzeitig meine Versicherung ab, dass ich alle vorstehenden Fragen nach bestem Gewissen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Datenschutzhinweis: "Unfallschadenmeldung"

Mit den folgenden Informationen möchten wir Ihnen einen Überblick über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte aus dem Datenschutzrecht geben.

Darüber hinaus kann diese Datenschutzinformation von Zeit zu Zeit aktualisiert werden. Die aktuellste Version finden Sie jederzeit auf dieser Seite.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

CCN Insurance Services AG, vertreten durch den Vorstand, Richard-Reitzner-Allee 1. 85540 Haar/München. E-Mail: motorclaims@ccn-insurance.com,

Telefon: +49(0)89-43607-270, Fax: +49(0)89-43607-254

Wir verarbeiten Ihre Daten zu folgenden Zwecken und auf folgender Rechtsgrundlage:

Ihre Daten werden zum Zweck der Schadenbearbeitung gespeichert und verarbeitet. Sie willigen in die Verarbeitung Ihrer personengebundenen Daten nach der DSGVO durch den Schadenregulierer CCN Insurance Services AG und den Versicherer zum Zweck der Abwicklung und Verwaltung des Leistungsanspruchs ein. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO.

Wer bekommt Ihre Daten:

Innerhalb unseres Unternehmens erhalten Mitarbeiter/-innen Zugriff auf Ihre Daten im. die diese Rahmen der Bearbeitung und Umsetzung unseres berechtigten Interesses benötigen (z.B. IT-Abteilung). Eine Datenübermittlung an Dritte (z.B. der Polizei) findet nur statt, wenn dies zur Aufdeckung von Straftaten erforderlich ist.

Speicherdauer Ihrer Daten:

Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald Sie ihre Einwilligung widerrufen. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen CCN Insurance Services AG geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei bis dreißig Jahren). Zudem werden die personenbezogenen Daten gespeichert, soweit und solange CCN Insurance Services AG dazu gesetzlich verpflichtet ist. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Ihre Rechte unter der DSGVO:

Sie haben das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO, sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Art. 20 DSGVO. Beim Auskunftsrecht und beim Löschungsrecht gelten die Einschränkungen nach §§ 34 und 35 BDSG.

Diese Rechte, welche durch die DSGVO gesichert sind, können geltend gemacht werden, indem Sie den Schadenregulierer unter der unten angegebenen Adresse kontaktieren:

CCN Insurance Services AG, vertreten durch den Vorstand,

Richard-Reitzner-Allee 1, 85540 Haar/München,

E-Mail: motorclaims@ccn-insurance.com

Telefon: +49(0)89-43607-270, Fax: +49(0)89-43607-254

Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO). Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA), Promenade 27, 91522 Ansbach, +49 (0) 981 53 1300. +49 (0) 981 53 98 1300, poststelle@lda.bayern.de