

# ABTRETUNGSERKLÄRUNG

Gutachtennummer: \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung des VN: \_\_\_\_\_  
Versicherungsschein-/Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer/Schädiger: \_\_\_\_\_  
Kennzeichen Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_  
Unfalltag / Unfallort: \_\_\_\_\_  
Geschädigter / Anspruchsteller: \_\_\_\_\_  
Kennzeichen / FIN Geschädigter: \_\_\_\_\_

Vorsteuerabzugsberechtigt:

Ja:

Nein:

Aus Anlass des oben beschriebenen Schadenfalles beauftrage ich die Kraftfahrzeugsachverständigenbüro Schumann GmbH, ein Gutachten zur Schadenhöhe sowie zum Zwecke der Beweissicherung zu erstellen. **Das Sachverständigenbüro berechnet sein Honorar in Anlehnung der Schadenhöhe zzgl. erforderliche Nebenkosten gemäß der umseitig abgedruckten und im Büro der Sachverständigenbüro Schumann GmbH aushängenden allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB), die ich zur Kenntnis genommen habe und mit meiner Unterschrift bestätige. AGB und Honorartabelle sind auch auf der Homepage der Sachverständigenbüro Schumann GmbH veröffentlicht (sv-schumann.de).**

Ich trete hiermit meinen Schadenersatzanspruch auf Erstattung der Sachverständigenkosten in Höhe des Bruttoendbetrages der Rechnung des beauftragten Sachverständigenbüros - bzw. Nettoendbetrages bei Vorsteuerabzugsberechtigung - unwiderruflich erstrangig erfüllungshalber gegen den Fahrer, den Halter und den Versicherer des Unfallbeteiligten Fahrzeuges an das Kfz-Sachverständigenbüro ab. Hiermit weise ich den regulierungspflichtigen Versicherer an, die Sachverständigenkosten unmittelbar an das von mir beauftragte Sachverständigenbüro zu zahlen.

Das Sachverständigenbüro ist berechtigt, diese Abtretung den Anspruchsgegnern offen zu legen und den erfüllungshalber abgetretenen Anspruch auf Erstattung der Sachverständigenkosten gegenüber den Anspruchsgegnern im eigenen Namen geltend zu machen. Durch diese Abtretung werden die Ansprüche des Sachverständigenbüros aus dem Sachverständigenvertrag gegen mich nicht berührt. Es kann die Ansprüche gegen mich geltend machen, wenn und soweit der regulierungspflichtige Versicherer keine oder lediglich eine Teilzahlung leistet. Eine Inanspruchnahme meinerseits erfolgt nur Zug um Zug gegen Rückabtretung der noch offenen Forderung.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Anspruchsteller/-in)

## Einwilligung Datenschutz

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Erstellung des von mir beauftragten Schadengutachtens an die von mir beauftragte Reparaturwerkstatt und die von mir beauftragte Anwaltskanzlei sowie an die regulierungspflichtige Versicherung zum Zwecke der Schadenregulierung weitergeleitet werden. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem beauftragten Sachverständigen widerrufen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Anspruchsteller/-in)

## **Nachfolgender Abschnitt findet ausschließlich Anwendung bei Auftragserteilung außerhalb unserer Bürostandorte**

### **Widerrufsrecht**

Sie haben das Recht, binnen 14 Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage ab dem Tag des Vertragsabschlusses. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns, der Kfz-Sachverständigenbüro Schumann GmbH, Bornstr. 335, 44145 Dortmund (info@sv-schumann.de; Fax: 0231 98102399) mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist. Zur Wahrung der Widerrufspflicht reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über das Ausüben des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

### **Folgen des Widerrufs**

Haben Sie verlangt, dass die Dienstleistung während der Widerrufsfrist beginnen soll, so haben Sie uns einen angemessenen Betrag zu zahlen, der dem Anteil der bis zum Zeitpunkt, zu dem Sie uns von der Ausübung des Widerrufsrechts hinsichtlich dieses Vertrages unterrichten, bereits erbrachte Dienstleistungen im Vergleich zum Gesamtumfang der im Vertrag vorgesehenen Dienstleistungen entspricht.

Ich bin einverstanden und verlange ausdrücklich, dass vor Ende der Widerrufspflicht mit der Ausführung der beauftragten Dienstleistung begonnen wird. Mir ist bekannt, dass ich bei vollständiger Vertragserfüllung mein Widerrufsrecht verliere.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Anspruchsteller/-in)

**Zentrale NRW**  
Bornstr. 335, 44145 Dortmund  
Tel. 0231 / 9810 23 – 0  
Fax 0231 98 10 23 – 99  
info@sv-schumann.de

**Zentrale Thüringen**  
Weimarerische Str. 121, 99098 Erfurt  
Tel. 0361 / 7 50 06 – 0  
Fax 0361 / 7 50 06 – 11  
erfurt@sv-schumann.de

**Formalien**  
Ust.-ID-Nr.: DE 326642886  
AG Dortmund HRB 31243

**Geschäftsführer**  
Hartmut Lehnert  
Roland Jakubczyk