PETER LEUPOLD
KFZ.-SACHVERSTÄNDIGEN ING.-BÜRO

Büro Bielefeld
Hallenstraße 1 • 33609 Bielefeld
Telefon 0521/32 29 08 • Telefax 0521/32 11 55
E-Mail mail@kfzingbuero.de

Büro Werther (Westf.)
Holzstraße 8 • 33824 Werther

www.kfzingbuero.de

• Von der Industrie- und Handelskammer Ostwestfalen zu Bielefeld öffentlich bestellt und vereidigt
• Zertifizierter Sachverständiger für Kraftfahrzeugschäden und -bewertung, IfS GmbH
• Vom BVSK und der F.I.E.A. anerkannter Sachverständiger

Auftragserteilung/ Abtretung (erfüllungshalber)/ Zahlungsanweisung/ Widerruf des Gutachtenauftrags mit Widerrufsbelehrung

Auftraggeber / Geschädigter		Versicherungsnehmer / Schädiger
Schadentag Uhrzeit		
Schadenort		

Fahrzeug

amtl. Kennzeichen

Fahrzeugident-Nr.

Fahrzeug

amtl. Kennzeichen

Versicherung

Versicherungsschein-Nr./ Schaden-Nr.

Vorsteuerabzugsberechtigt ☐ Ja ☐ Nein

Gutachten: vom: Betrag: €

Aus Anlass des oben beschriebenen Schadenfalles beauftrage ich das oben genannte Kfz-Sachverständigenbüro, ein Gutachten zur Schadenhöhe zu erstellen. Das Sachverständigenbüro berechnet sein Honorar in Anlehnung an die Schadenhöhe gemäß Honorartabelle des Sachverständigenbüros zzgl. erforderlicher Nebenkosten.

Ich trete hiermit meinen Schadensersatzanspruch auf Erstattung der Sachverständigenkosten im Zusammenhang mit dem vorstehend genannten Schaden in Höhe des Bruttoendbetrages – bzw. Nettoendbetrages bei vorliegender Vorsteuerabzugsberechtigung - der Rechnung des beauftragten Sachverständigenbüros unwiderruflich 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 Kfz-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 Kfz-Sachverständigenbüros gegen mich nicht berührt. Es kann die Ansprüche jederzeit gegen mich geltend machen, verzichtet jedoch in diesem Fall Zug um Zug auf die Rechte aus der Sicherungsabtretung gegenüber den Anspruchsgegnern. Zahlungen durch die Anspruchsgegner werden auf die Forderung gegen mich angerechnet.

X
Ort / Datum Unterschrift Auftraggeber/Anspruchsteller

x
Ort / Datum Unterschrift
Die Annahme der Abtretung wird hiermit bestätigt.

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.

Nur bei Auftragserteilung außerhalb der Geschäftsräume
Wird der Vertrag außerhalb der Geschäftsräume des oben genannten Sachverständigenbüros geschlossen, haben Kunden, die Verbraucher sind, ein 14-tägiges Widerrufsrecht.
Über die Bedingungen, die Fristen und das Verfahren für die Ausübung des Widerrufsrechts ist der Kunde vor Erteilung des Auftrages separat informiert worden.

☐ Ich bestätige, dass ich die Widerrufsbelehrung und das Muster-Widerrufsformular erhalten habe.

☐ **Erklärung des Kunden zur Ausführung der beauftragten Arbeiten vor Ablauf der Widerrufsfrist**
In Kenntnis der Widerrufsbelehrung fordere ich das beauftragte Sachverständigenbüro auf, mit der Gutachtenerstellung bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist zu beginnen. Mir ist bewusst, dass ich bei vollständiger Vertragserfüllung durch den Unternehmer mein Widerrufsrecht verliere. Mir ist weiter bewusst, dass ich für den Fall, dass ich vor vollständiger Vertragserfüllung den Vertrag widerrufe, für die bis zum Widerruf bereits erbrachten Leistungen einen Wertersatz zu leisten habe.

X
Ort / Datum Unterschrift Auftraggeber/Anspruchsteller