

**BMW AG  
C1-A-62 Mobilitätsabrechnung  
80788 München**

**Pannenanzeige zur Kostenerstattung**

Nach einem Pannenfall bitte mit den entsprechenden **Originalbelegen** und einer **Kopie der Reparaturrechnung** an obige Adresse einsenden.

**1.) Anspruchsberechtigter / Fahrzeughalter**

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

(Firma): \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Fahrer des Motorrades: \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**2.) Fahrzeug**

Sind Sie Erstbesitzer?            Ja \_\_\_                            Nein \_\_\_

Modellbezeichnung: \_\_\_\_\_

Fahrgestellnummer: \_\_\_\_\_ (die letzten 7 Stellen)

Datum der Erstzulassung: \_\_\_\_\_

Amtliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_

### 3.) Angabe zur Panne

Pannentag, Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Pannenort, Straße: \_\_\_\_\_

Ort, Land: \_\_\_\_\_

Entfernung zwischen Pannen- und Zulassungs-/Wohnort: ca. \_\_\_\_\_ km

Art und Ursache der Panne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum / Uhrzeit des Anrufes: \_\_\_\_\_

Gewählte Tel.-Nr. beim MINI Mobilien Service: \_\_\_\_\_

erreicht \_\_\_\_\_ nicht erreicht \_\_\_\_\_

### 4.) Pannenbedingte Reparaturdauer

Datum / Uhrzeit der Fahrzeugabgabe: \_\_\_\_\_

Datum / Uhrzeit der Reparaturfertigstellung: \_\_\_\_\_

Name / Ort der beauftragten Reparaturwerkstatt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name / Vorname der Fahrzeuginsassen, falls Hotelübernachtung in Anspruch genommen wurde:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

### 5.) Aufwendungen aufgrund einer Panne (bitte Originalbelege und eine Kopie der Reparaturrechnung beifügen, ggf. Fremdwährung angeben)

Pannenhilfe am Pannenort: \_\_\_\_\_

Abschlepp- und Bergungskosten: \_\_\_\_\_

Taxifahrt(en): \_\_\_\_\_

Mietwagen: \_\_\_\_\_ Anzahl der Tage: \_\_\_\_\_

Übernachtung: \_\_\_\_\_ Anzahl der Tage: \_\_\_\_\_

**6.) Wer soll die Zahlung erhalten?**

\_\_\_Fahrzeughalter

\_\_\_Fahrzeugnutzer

\_\_\_Andere Empfänger

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

(Firma): \_\_\_\_\_

Straße / PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_

Bankverbindung: \_\_\_\_\_

**Ich nehme zur Kenntnis, dass vorsätzlich falsche oder wahrheitswidrige Angaben zum Verlust des Leistungsanspruches führen.**

Ort / Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_