

KFZ-Schadenmeldung

Versicherungsgesellschaft Polizzenummer

Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers / Firma

PLZ / Ort / Straße / Hausnummer

| Versicherungen | Polizzen-Nummer | Versicherungsgesellschaft |
|------------------------------|-----------------|---------------------------|
| Kfz-Haftpflicht | | |
| Kollisionskasko-Versicherung | | |
| Elementarkasko-Versicherung | | |
| Insassenunfall-Versicherung | | |
| Verkehrsservice-Versicherung | | |
| Rechtsschutz-Versicherung | | |

EREIGNISBESCHREIBUNG

Schadendatum / Uhrzeit Ort

Verletzte ja nein

Behördlich aufgenommen? ja nein Von wem? Geschäftszahl

Genaue Sachverhaltsdarstellung (mit Skizze)

Ihre Beurteilung des Verschuldens? kein Verschulden Teilverschulden Eigenverschulden

VERSICHERTES KFZ

| | | | |
|--|--|--|--|
| Marke / Modell | Kennzeichen | Insassenanzahl inkl. Lenker | Erstzulassung |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |

Vinkulierung der Kaskoversicherung / Leasinggeber

Beschädigte Fahrzeugteile

LENKER DES VERSICHERTEN FAHRZEUG

Vor- und Zuname Geburtsdatum

PLZ / Ort / Straße / Hausnummer

Führerscheinnummer Gruppe(n) ausgestellt am: ausgestellt von:

FREMDES KFZ

| | | |
|----------------------------------|--|----------------------|
| Marke / Modell / Typoe | Insassenanzahl inkl. Lenker | Kennzeichen |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kaskoversicherer / Polizzenummer | Haftpflichtversicherer / Polizzenummer | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Beschädigte Fahrzeugteile | Erkennbare Vorschäden | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

LENKER (FREMDES FAHRZEUG)

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Vor- und Zuname | Geburtsdatum |
| <input type="text"/> | |
| PLZ / Ort / Straße / Hausnummer | |
| <input type="text"/> | |

EIGENTÜMER (FREMDES FAHRZEUG)

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Vor- und Zuname | Geburtsdatum |
| <input type="text"/> | |
| PLZ / Ort / Straße / Hausnummer | |
| <input type="text"/> | |

VERLETZTE PERSON

| | | |
|---|---|---|
| Vor- und Zuname | | |
| <input type="text"/> | | |
| PLZ / Ort / Straße / Hausnummer | | |
| <input type="text"/> | | |
| Verletzung tödlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sicherheitsgurt/Helm? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Insasse im versicherten Fahrzeug? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Art der Verletzung | <input type="text"/> | |

SONSTIGE SACHSCHÄDEN

| | |
|---------------------------------|---|
| Beschädigte Sache | |
| <input type="text"/> | |
| Vor- und Zuname des Eigentümers | Anschrift des Eigentümers (PLZ / Ort / Straße / Hausnummer) |
| <input type="text"/> | |

ZEUGE

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Vor- und Zuname | Geburtsdatum |
| <input type="text"/> | |
| PLZ / Ort / Straße / Hausnummer | |
| <input type="text"/> | |

ALLGEMEINE FRAGEN

| | | | |
|---|--|---------------------------------|----------------------------|
| Wurde das Fahrzeug mit Wissen und Willen des Versicherungsnehmers benutzt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Hat der Lenker innerhalb der letzten 8 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, in welcher Menge? |
| | | | <input type="text"/> |
| Folgende Fragen sind bei Bestand einer Kaskoversicherung auszufüllen: | | | |
| Welche Werkstätte würde die Reparatur durchführen? | Wann wird ihr Fahrzeug dorthin überstellt? | Reparaturkosten lt. Voranschlag | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

Ort, Datum

Unterschrift des Lenkers

Unterschrift des Versicherungsnehmers