

Ein Ziel. Ihre Zufriedenheit.

# 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

Verletzte  ja  nein

Behördlich aufgenommen?  ja  nein

Ort

Von wem?

Geschäftszahl

Genaue Sachverhaltsdarstellung ( mit Skizze)

Ihre Beurteilung des Verschuldens?  kein Verschulden  Teilverschulden  Eigenverschulden

## VERSICHERTES KFZ

Marke / Modell	Kennzeichen	Insassenanzahl inkl. Lenker	Erstzulassung

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