

KFZ - Schadenmeldung



Versicherungsart			
<input type="checkbox"/> Haftpflicht	<input type="checkbox"/> Kasko	<input type="checkbox"/> Insassen-Unfall	<input type="checkbox"/>
Polizzen-Nr. (notwendig):		Schaden-Nr. (wenn bekannt):	

Unfalldaten	
<u>Tag des Unfalles/Uhrzeit:</u> _____	
<u>Unfallstelle (Ort, Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein):</u> _____	
Behördliche Unfallaufnahme?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Wenn ja, durch:</u> _____	
Nutzung des Fahrzeuges zum Schadenszeitpunkt?	<input type="checkbox"/> beruflich <input type="checkbox"/> privat



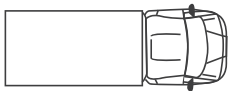
Versicherungsnehmer A	
<u>Name:</u> _____	
<u>Anschrift:</u> _____	
<u>Telefon tagsüber:</u> _____	<u>E-Mail:</u> _____
<u>Fahrzeugart, Marke, Type, Farbe:</u> _____	
<u>Baujahr, behördl. Kennzeichen, Fahrgestell-Nr. (die letzten 10 Stellen):</u> _____	
<u>Kilometerstand zum Unfallzeitpunkt:</u> _____	
<input type="checkbox"/> Rechtsschutz	
<u>Versichert bei/Polizzen-Nr.:</u> _____	



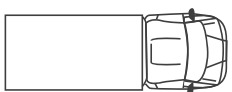
Beteiligter B	
<u>Name:</u> _____	
<u>Anschrift:</u> _____	
<u>Telefon tagsüber:</u> _____	<u>E-Mail:</u> _____
<u>Bei Beschädigung - Fahrzeugart, Marke, Type, Farbe:</u> _____	
<u>Baujahr, behördl. Kennzeichen:</u> _____	
<u>Kilometerstand zum Unfallzeitpunkt:</u> _____	
<input type="checkbox"/> Haftpflicht	<input type="checkbox"/> Kasko
<u>Versichert bei/Polizzen-Nr.:</u> _____	
Leasingfahrzeug?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

KFZ - Schadenmeldung

Fahrzeuglenker A		
Name: _____		
Anschrift: _____		
Telefon tagsüber: _____	E-Mail: _____	
Führerscheinnummer, Ausstellungsbehörde, Gruppe: _____		
Staatsbürgerschaft: _____		
Lenkte er/sie Ihr Fahrzeug mit Ihrem Wissen und Willen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
War der Lenker alkoholisiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Unfallbedingte Führerscheinabnahme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Fahrzeuglenker B			
Name: _____			
Anschrift: _____			
Telefon tagsüber: _____	E-Mail: _____		
Unfallbedingte Führerscheinabnahme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Verhältnis zum Beteiligten (B) bzw. Fahrzeuglenker (B):	<input type="checkbox"/> verwandt	<input type="checkbox"/> bekannt	<input type="checkbox"/> fremd
Verhältnis zum Versicherungsnehmer (A):	<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Sonstige

Schäden am eigenen Fahrzeug		
Geschätzte Schadenhöhe (EUR): _____		
Reparierter Vorschäden?: <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Unreparierte Vorschäden?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		
<i>Sichtbare Schäden mit X kennzeichnen</i>		

Schäden am beteiligten Fahrzeug		
Geschätzte Schadenhöhe (EUR): _____		
Reparierter Vorschäden?: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte ausfüllen	
		
<i>Sichtbare Schäden mit X kennzeichnen</i>		

KFZ - Schadenmeldung

Schädigung an fremden Sachen (nicht an Fahrzeugen)

Beschädigung an sonstigem fremden Eigentum: Was wurde beschädigt? Ungefähre Schadenhöhe?: _____

Verletzte Personen

War die verletzte Person Fahrzeuginsasse? ja nein

Wurde ein Gurt/Helm verwendet? ja nein

Name, Anschrift, Alter, Beruf des Verletzten: _____

Art der Verletzung: _____

War die verletzte Person Fahrzeuginsasse? ja nein

Wurde ein Gurt/Helm verwendet? ja nein

Name, Anschrift, Alter, Beruf des Verletzten: _____

Art der Verletzung: _____

Unfallhergang

Bitte zutreffendes markieren Fahrzeuglenker: A B Unfallhergang, besondere Bemerkung, Skizze

Bitte zutreffendes markieren	Fahrzeuglenker: A	Fahrzeuglenker: B	Unfallhergang, besondere Bemerkung, Skizze
Hat geparktes Fahrzeug beschädigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hat den Rechtsvorrang missachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hat eine Stopp- /Nachrangtafel nicht beachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hat den fließenden Verkehr nicht beachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fuhr auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fuhr zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wechselte den Fahrstreifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fuhr in die Gegenfahrbahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hal als entgegenkommender Linksabbieger Vorrang missachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wer hat Ihrer Meinung nach den Unfall verschuldet? Fahrzeuglenker A Fahrzeuglenker B

Sonstiger: _____

Zeugen

Fahrzeuginsasse? ja nein

Name, Anschrift, Tel.: _____

KFZ - Schadenmeldung

Zeugen	
Fahrzeuginsasse?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name, Anschrift, Tel.:	_____

Bei Kasko ausfüllen	
Leasingfahrzeug?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsteuerabzugsberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise _____ %
Wann und wo kann Ihr Fahrzeug besichtigt werden?:	_____

Bei Entwendungs-, Brand-, Wild-, Haustier-, Park- oder Vandalismussschaden ausfüllen	
Die Anzeige erfolgte am:	_____
<input type="checkbox"/> Entwendung	<input type="checkbox"/> Brand
<input type="checkbox"/> Wild/Haustier	<input type="checkbox"/> Parkschaden
<input type="checkbox"/> Vandalismus	
Behörde und Zahl:	_____

Zahlung der Entschädigung	
Wie soll die Entschädigungsleistung erfolgen?	
<input type="checkbox"/> Die versicherungsmäßig gedeckten Instandsetzungskosten sollen an die reparierende Werkstatt gehen	
<input type="checkbox"/> per Postanweisung	<input type="checkbox"/> per Überweisung an
Kontoinhaber/in:	_____
Kreditinstitut:	_____
IBAN:	_____
BIC/Swift:	_____

Ich (wir) ermöchtige(n) Herrn/Frau _____ im Auftrage des Versicherers, Auskünfte aller Art bei Personen und Behörden (Polizei, Gericht usw.) einzuholen, Einsicht in alle auf mich (uns) bezughabenden Akten zu nehmen sowie Abschriften oder Auszüge derselben anzufertigen. Ich (wir) bestätige(n) mit meiner (unserer) Unterschrift, dass ich (wir) alle vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe(n).

Datum, Ort

Unterschrift LenkerIn

Unterschrift VersicherungsnehmerIn

