



## SCHADENMELDUNG – KFZ-VERSICHERUNG

<input type="checkbox"/> <b>Haftpflicht</b>	<input type="checkbox"/> <b>Kasko</b>	<input type="checkbox"/> <b>Insassenunfall</b>
---	---------------------------------------	--

<b>Versicherungsgesellschaft</b>	<b>Polizzen-Nummer</b>

<b>Versicherungsnehmer (A)</b>	<b>Beteiligter (B)</b>
Name	Name
Anschrift	Anschrift
Telefon (tagsüber)	Telefon (tagsüber)
E-Mail	E-Mail
Fahrzeugart, Marke, Type	Fahrzeugart, Marke, Type
Baujahr, Kennzeichen, Fahrgestellnummer	Baujahr, Kennzeichen, Fahrgestellnummer
<input type="checkbox"/> Rechtsschutz versichert bei Polizzen-Nummer	<input type="checkbox"/> Haftpflicht <input type="checkbox"/> Kasko versichert bei Polizzen-Nummer
Leasingfahrzeug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leasingfahrzeug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Fahrzeuglenker (A)</b>	<b>Fahrzeuglenker (B)</b>
Name	Name
Anschrift	Anschrift
Telefon (tagsüber)	Telefon (tagsüber)
E-Mail	E-Mail
Führerscheinnummer, Ausstellungsbehörde, Gruppe	
Lenkte er 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	unfallbedingte Führerscheinabnahme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verhältnis zum Beteiligten/Fahrzeuglenker (B) <input type="checkbox"/> verwandt <input type="checkbox"/> bekannt <input type="checkbox"/> fremd	



## SCHADENEREIGNIS

Schadendatum, -uhrzeit	
Schadenort	
Behördliche Unfallaufnahme	<input type="checkbox"/> ja, durch <input type="checkbox"/> nein
Unfallhergang (genauer Schilderung/Skizze) – evtl. Beiblatt verwenden	

Schäden am eigenen KFZ (A)	Schäden am beteiligten Fahrzeug (B)
geschätzte Schadenhöhe: €	geschätzte Schadenhöhe: €
reparierte Vorschäden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vorschäden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
unreparierte Vorschäden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, bitte anführen:
welche Teile wurden beschädigt (evtl. Beiblatt verwenden)	welche Teile wurden beschädigt (evtl. Beiblatt verwenden)
wann und wo kann Ihr Fahrzeug besichtigt werden	

<b>Beschädigung an fremden Sachen</b> (nicht an Fahrzeugen)
<b>Verletzte Personen</b> Name, Anschrift, Alter, Art der Verletzung (evtl. Beiblatt verwenden)
Fahrzeuginsasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gurt/Helm verwendet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Zeugen des Ereignisses (Name, Anschrift)	
---	--

## ENTWENDUNGS-, BRAND-, WILD-, PARKSCHÄDEN

Bestätigung durch die Sicherheitsbehörde:	Die Anzeige erfolgte am
	Eingabe-Zahl Nr.
	wegen <input type="checkbox"/> Entwendung <input type="checkbox"/> Brand <input type="checkbox"/> Wild/Haustier <input type="checkbox"/> Parkschaden
	Stampiglie <span style="float: right;">Unterschrift</span>



## ENTSCHÄDIGUNGSZAHLUNG

an	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> Geschädigten	<input type="checkbox"/> Reparaturwerkstätte
	BLZ	Kto.Nr.	
	Bank	Kto.Inhaber	
Wohnadresse (bei Postanweisung)			

Die Fragen der Schadenmeldung wurden wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet. Ich bevollmächtige oben angeführten Versicherer sowie deren Vertreter, in gegenständlicher Schadenangelegenheit alle notwendigen Erhebungen durchzuführen und in die den Schaden betreffende(n) Akte(n) Einsicht zu nehmen und daraus Abschriften anzufertigen.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Fahrzeuglenker