

Absender

Datum

KfZ- Schadenanzeige

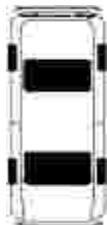

Versicherer: _____	VS-Nr. _____	Schaden-Nr. VR: _____
Schadentag/-zeit: _____	Schadenort: _____	
Voraussichtliche Schadenhöhe: _____		

Versicherungsnehmer: _____	Kunden-Schaden-Nr. _____
Name: _____	Vorname: _____
Straße: _____	Wohnort: _____
Deckung: HV: _____ ; Kasko; SB	

Eigenes Fahrzeug	
Amtliches Kennzeichen _____	km-Stand _____
Fahrzeughersteller _____	WKZ _____
Fahrzeugtyp / Modell / Baujahr _____	Erstzulassung: _____
Bei LKW: Ladung/Gewicht der Ladung: _____	
Fahrer zum Schadenzeitpunkt: (Anschrift/ Tel.) _____	
Führerscheinnummer: _____	Ausgestellt am: _____
Führerscheinklasse: _____	Durch: _____
Hatte der Fahrer Alkohol getrunken? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie selbst Ansprüche gestellt? <input type="checkbox"/> ja, bei welchem <input type="checkbox"/> Nein	

Anspruchsteller (Name, Anschrift): _____	
Amtliches Kennzeichen _____	
Fahrzeugtyp <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Krad <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Modell _____	Baujahr _____ km-Stand _____
Fahrer zum Schadenzeitpunkt: (Anschrift/ Tel.) _____	
Versichert bei: _____	VS-Nr. _____

<input type="checkbox"/> Personenschaden	Art der Verletzung: _____
--	---------------------------

Schadenschilderung (ggfs. gesondertes Blatt verwenden):		<input type="checkbox"/> gesondertes Blatt beigefügt	<input type="checkbox"/> weitere Skizze
		<input type="checkbox"/> Zusammenstoß	
		<input type="checkbox"/> Wildschaden	
		<input type="checkbox"/> Brandschaden	
		<input type="checkbox"/> Einbruchschaden	
		<input type="checkbox"/> Sturmschaden	
		<input type="checkbox"/> Glasschaden	
		<input type="checkbox"/> Auffahrunfall	
Anzahl beteiligter Fahrzeuge		<input type="checkbox"/> Vorfahrt verletzt	
Schaden am Fahrzeug	Fremdschaden	<input type="checkbox"/> Panne	
		<input type="checkbox"/> Geparktes Fahrzeug angefahren	
Geschätzte Schadenhöhe	Geschätzte Schadenhöhe	Durch	
		<input type="checkbox"/> VN	
		<input type="checkbox"/> Anspruchsteller	
		<input type="checkbox"/> Dritten	

Bei Diebstahlschäden Fenster geschlossen Türen geschlossen Zündschlüssel abgezogen
 Lenkschloß gesperrt Wegfahrsperre vorhanden

Fahrzeug zu besichtigen bei	Wessen Fahrzeug?	<input type="checkbox"/> VN	<input type="checkbox"/> Anspruchsteller
Werkstatt (Adresse, Ansprechpartner, Telefon/Fax)			

Namen und Anschrift von Zeugen: _____			
Polizeidienststelle: _____	Tagebuch-Nr.: _____		
Behörde: _____	Aktenzeichen: _____		
Wurde ein Strafverfahren gegen Sie eingeleitet?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Zahlung	<input type="checkbox"/> Überweisung auf nachstehendes Konto	<input type="checkbox"/> Verrechnungsscheck
Konto-Nr.: _____	BLZ: _____	
Kontoinhaber: _____		

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt (nach Umsatzsteuergesetz)? ja nein

Ort/ Datum _____

Unterschrift _____

Ort/ Datum _____

Unterschrift _____

Wir weisen darauf hin, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht!