

Kraftfahrzeug-Schadenanzeige

Versicherungsgesellschaft:

ART DER VERSICHERUNG

<input type="checkbox"/> Haftpflicht Polizzenummer	<input type="checkbox"/> Kasko Polizzenummer	<input type="checkbox"/> Insassenunfall Polizzenummer	<input type="checkbox"/> Rechtsschutz Polizzenummer	<input type="checkbox"/> Sonstige Polizzenummer
--	--	---	---	---

VERSICHERUNGSNEHMER

Vor- und Zuname / Firma	
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer	
Telefonnummer	

VERSICHERTES FAHRZEUG

Art (PKW, LKW)	Marke, Type	Erstzulassung	Fahrgestell-Nr.	Kennzeichen
----------------	-------------	---------------	-----------------	-------------

LENKER

Vor- und Zuname	
Geburtsdatum	
PLZ/Ort/Straße/Hausnummer	
Telefonnummer	

FÜHRERSCHEINDATEN DES LENKERS

Ausstellende Behörde	Ausstellungsdatum	Nummer	Gruppen
-------------------------	-------------------	--------	---------

EREIGNISBESCHREIBUNG

Schadendatum/Uhrzeit	Ort
----------------------	-----

Behördlich aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Von wem? Geschäftszahl:
--

Ihre Beurteilung des Verschuldens: <input type="checkbox"/> Eigen- <input type="checkbox"/> Teil- <input type="checkbox"/> kein Verschulden
--

Genaue Sachverhaltsdarstellung

--

Zeugen des Ereignisses (Name, Anschrift)
--

FREMDES FAHRZEUG

Art, Marke, Type	Kennzeichen	Haftpflichtversicherer	Kaskoversicherer
------------------	-------------	------------------------	------------------

Fahrzeughalter (Name, Anschrift)

Welche Teile des Fahrzeuges wurden beschädigt?	Erkennbare Vorschäden?

SONSTIGE SACHSCHÄDEN

Beschädigte Sachen	Höhe des Schadens
--------------------	-------------------

Eigentümer

PERSONENSCHADEN

Verletzte Person(en) Name, Anschrift, Telefon	Art der Verletzung(en)

Sind Sie oder Ihr Lenker mit den Verletzten verwandt?

EIGENER FAHRZEUGSCHADEN

Welche Teile Ihres Fahrzeuges wurden beschädigt?	Wie hoch schätzen Sie den Schaden?

ZUSÄTZLICHE ANGABEN FÜR KASKO UND RECHTSSCHUTZ

Wo (in welcher Werkstätte) und wann ist eine Besichtigung möglich?
--

Ist Ihr Fahrzeug geleast? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leasinggesellschaft:
--	----------------------

EINSCHALTUNG EINES RECHTSANWALTES IN DER RECHTSSCHUTZVERSICHERUNG

Überlassen Sie die Auswahl eines Anwaltes der Versicherungsgesellschaft oder wünschen Sie einen bestimmten im Gerichts-(Verwaltungs-)Bezirk ansässigen Anwalt Ihres Vertrauens?

Ich (Wir) ermächtige(n) die Versicherungsgesellschaft Einsicht in alle gegenständlichen Vorfälle betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht etc.) zu nehmen.

Ort:	Datum:
------	--------

Unterschrift des Lenkers 	Unterschrift des Versicherungsnehmers Ich bin mit der Erledigung des Schadens durch die Versicherungsgesellschaft einverstanden.
---	--