

KFZ-Schadenanzeige

Vollkasko Teilkasko Haftpflicht Schutzbrief Insassenunfall

Versicherungsnehmer:		
Name:	Vorname:	Telefon:
Straße /Postfach:		Fax:
PLZ:	Ort:	Email:

Angaben: Motorfahrzeug / ziehendes Fahrzeug		
Amtl. Kennzeichen:		
Versicherungsgesellschaft:	Vers.-Nr.:	
Schadentag:	Schadenzeit:	Schadenort:

Angaben: Anhänger / Auflieger		
Amtl. Kennzeichen:		
Versicherungsgesellschaft:	Vers.-Nr.:	
Fahrzeughalter / Versicherungsnehmer vom Anhänger / Auflieger		
Name:	Vorname:	
Straße /Postfach:	PLZ:	Ort:

Fahrer:		
Name:	Vorname:	
Straße /Postfach:	PLZ:	Ort:
Erforderliche Fahrerlaubnis: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Klasse:	ausgestellt am:	Ausstellungsbehörde:
Schaden am eigenen Fahrzeug:		
Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Besichtigungsort:		
Besteht Ihrer Meinung nach eine Mitverantwortung des Unfallgegners? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Gegner:		
Name:	Vorname:	amtl. Kennz.:
Straße /Postfach:		
PLZ:	Ort:	Telefon:
Fahrzeugart:		Hersteller:
Fahrzeuglenker:		
Beschädigte Teile:		
voraussichtliche Schadenhöhe:		€

Polizeiliche Aufnahme: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Dienststelle:		Aktenzeichen:	
Verwarnung an:	Blutprobe:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	‰

Schadenhergang:

KFZ-Diebstahlschaden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Fahrzeugart:	Hersteller:	Erstzulassung:	
Ident.-Nr.:	Typ:	KW:	Km-Stand:
Was wurde entwendet?			
Wie war das Fahrzeug abgesichert?	<input type="checkbox"/> Fenster verschlossen	<input type="checkbox"/> Türen verschlossen	
	<input type="checkbox"/> Zündschlüssel abgezogen	<input type="checkbox"/> Lenkradschloss eingerastet	
	<input type="checkbox"/> Sonstige Sicherung:		
Anzahl der Fahrzeugschlüssel:	Beim VU eingereicht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Unterlagen an VU:	<input type="checkbox"/> Original-Fahrzeugbrief	<input type="checkbox"/> Anmeldebescheinigung	<input type="checkbox"/> Einstellungsbescheid

Personenschaden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
1. Person:			
Wie beteiligt?			
Name:		Vorname:	
Straße / Postfach:		PLZ:	Ort:
Geburtsdatum:		Beruf:	
Verletzungen:			
Arzt:			
Bemerkung:			

2. Person:			
Wie beteiligt?			
Name:		Vorname:	
Straße / Postfach:		PLZ:	Ort:
Geburtsdatum:		Beruf:	
Verletzungen:			
Arzt:			
Bemerkung:			

3. Person:		
Wie beteiligt?		
Name:	Vorname:	
Straße / Postfach:	PLZ:	Ort:
Geburtsdatum:	Beruf:	
Verletzungen:		
Arzt:		
Bemerkung:		

Erklärung:
<p>Ich erkläre, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Wichtig: Füllen Sie bitte diese Schadenanzeige wahrheitsgemäß und so genau wie möglich aus, auch wenn Sie meinen, für den Schaden nicht verantwortlich zu sein. Mangelhafte Beantwortung verzögert die Schadenbearbeitung. Bewusst wahrheitswidrige Angaben bewirken den Verlust des Versicherungsschutzes auch dann, wenn diese ohne nachteilige Folgen für den Versicherer bleiben. Zum Ausfüllen der Anzeige darf der Geschädigte nicht hinzugezogen werden. Wir bitten, ohne Rücksprache mit uns den Schaden weder anzuerkennen noch ganz oder teilweise die geschädigte Person zu befriedigen. Soweit der Raum nicht ausreicht, bitte ein Beiblatt verwenden!</p>

Ort, Datum: _____ Stempel / Unterschrift: _____