



KFZ-SCHADENANZEIGE

Haftpflicht Kasko Insassenunfall Rechtsschutz

Versicherungsgesellschaft	Polizzenummer

Versicherungsnehmer	
Vor- und Zuname:	Geb. Datum:
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer:	

Angaben zum Kraftfahrzeug		
Art, Fabrikat, Type:	KW	Erstmalige Zulassung:
Behördliches Kennzeichen:	Fahrgestell-Nummer:	Km-Stand:

Lenker des eigenen Fahrzeuges			
Name:		Geb. Datum:	
Anschrift:			
Führerschein-Nr.:	Fahrzeuggruppen:	Ausstellungsbehörde:	Ausstellungsdatum:
Enthält der Führerschein Auflagen? (z.B. Befristung, Brille):			

Welchen Zweck hatte die Fahrt?	War der Versicherungsnehmer mit der Fahrt einverstanden?	Hat der Lenker vor Antritt der Fahrt alkoholische Getränke konsumiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche:			Menge:

Ereignistag:	Uhrzeit:	Ereignisort:
--------------	----------	--------------

Genaue Schilderung des Ereignisablaufes mit Skizze
Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte ein Blatt beilegen!

Aufnahme des Tatbestandes durch Polizei/Gendarmerie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geschäftszahl:
Wurde ein Strafverfahren schon eingeleitet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gegen wen? Geschäftszahl:

Wer ist an diesem Ereignis schuldtragend?			
Warum?			
Wurden Ansprüche an Sie gestellt? Falls ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wollen Sie den Schaden im Sinne des Bonus/Malussystems selbst erledigen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Zeugen des Ereignisses (Insassen des eigenen Fahrzeugs bitte unterstreichen)	
Name/Anschrift/Telefon:	

Fremder Fahrzeughalter	
Name:	Geb. Datum:
Anschrift:	

Fremder Fahrzeuglenker	
Name:	Geb. Datum:
Anschrift:	

Fremdes Fahrzeug	
Art, Fabrikat, Type:	Erstmalige Zulassung:
Behördliches Kennzeichen:	haftpflicht-versichert bei:
Polizzen-Nr.:	Wie hoch ist der Schaden zu schätzen?
Welche Teile wurden beschädigt?	

Sonstiger Sachschaden	
Eigentümer: Name:	
Anschrift:	
Was wurde beschädigt?	Wie hoch ist der Schaden zu schätzen?

Körperverletzung und/oder Tötung von Personen					
1. Name:	Insasse des eigenen Fahrzeugs	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geb. Datum:		
Anschrift:					
Beruf:	angegurtet/ Sturzhelm	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Familien-stand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh.	Art der Verletzung:
2. Name:	Insasse des eigenen Fahrzeugs	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geb. Datum:		
Anschrift:					
Beruf:	angegurtet/ Sturzhelm	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Familien-stand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh.	Art der Verletzung:

Schaden am eigenen Fahrzeug	
Welche Teile wurden beschädigt?	Wie hoch ist der Schaden zu schätzen?
Bei welcher Versicherung besteht eine <input type="checkbox"/> Kaskoversicherung <input type="checkbox"/> Rechtsschutzversicherung	
Beabsichtigen Sie Ansprüche geltend zu machen? Nur bei KASKO: Wann und wo ist eine Besichtigung möglich?	

Die Anweisung soll erfolgen:
<input type="checkbox"/> per Post (Achtung Gebührenabzug)
<input type="checkbox"/> auf mein Konto Nr. _____ bei der _____
BLZ _____.

Vorstehende Fragen wurden wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet. Ich ermächtige die oben angeführte Versicherungsanstalt, Erhebungen durchzuführen, Auskünfte aller Art bei Personen und bei Polizei, Gerichten und Verwaltungsbehörden einzuholen, Einsicht in die Akten zu nehmen sowie Abschriften oder Auszüge daraus anzufertigen.

Ort und Datum

Unterschrift des Lenkers

Unterschrift des Versicherungsnehmers