

# Kraftfahrzeug-Schadenanzeige

Versicherungsgesellschaft:

## ART DER VERSICHERUNG

|                                                                                  |                                                                             |                                                                                      |                                                                                    |                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/><br>Haftpflcht<br>Polizzennummer<br><input type="text"/> | <input type="checkbox"/><br>Kasko<br>Polizzennummer<br><input type="text"/> | <input type="checkbox"/><br>Insassenunfall<br>Polizzennummer<br><input type="text"/> | <input type="checkbox"/><br>Rechtsschutz<br>Polizzennummer<br><input type="text"/> | <input type="checkbox"/><br>Sonstige<br>Polizzennummer<br><input type="text"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

## VERSICHERUNGSNEHMER

|                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| Vor- und Zuname / Firma   | <input type="text"/> |
| PLZ/Ort/Straße/Hausnummer | <input type="text"/> |
| Telefonnummer             | <input type="text"/> |

## VERSICHERTES FAHRZEUG

|                                        |                                     |                                       |                                         |                                     |
|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|
| Art (PKW, LKW)<br><input type="text"/> | Marke, Type<br><input type="text"/> | Erstzulassung<br><input type="text"/> | Fahrgestell-Nr.<br><input type="text"/> | Kennzeichen<br><input type="text"/> |
|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|

## LENKER

|                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| Vor- und Zuname           | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum              | <input type="text"/> |
| PLZ/Ort/Straße/Hausnummer | <input type="text"/> |
| Telefonnummer             | <input type="text"/> |

## FÜHRERSCHEINDATEN DES LENKERS

|                                              |                                           |                                |                                 |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Ausstellende Behörde<br><input type="text"/> | Ausstellungsdatum<br><input type="text"/> | Nummer<br><input type="text"/> | Gruppen<br><input type="text"/> |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|

## EREIGNISBESCHREIBUNG

|                                              |                             |
|----------------------------------------------|-----------------------------|
| Schadendatum/Uhrzeit<br><input type="text"/> | Ort<br><input type="text"/> |
|----------------------------------------------|-----------------------------|

Behördlich aufgenommen? ☐ ja ☐ nein Von wem?

Geschäftszahl:

Ihre Beurteilung des Verschuldens:

☐ Eigen- ☐ Teil- ☐ 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?

☐ ja    ☐ 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.